FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1911-1912 — N°.....

Le Traitement Chirurgical

DE

L'Ectopie Testiculaire Inguinale

EST-IL POSSIBLE SANS ORCHIDOPEXIE

par M. Paul D'HALLUIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

NÉ A CAMBRAI (Nord)

Le 21 Août 1881

Président de Thèse : M. le Professeur SEGOND

CAMBRAI

IMPRIMERIE LOUIS D'HALLUIN

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1911-1912

LE DOYEN : M. LANDOUZY.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	Nicolas.
Physiologie	Ch. Richet.
Physique médicale	Weiss.
Chimie organique et chimie générale	Gautier.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Blanchard.
Pathologie et thérapeutique générales	Achard.
Pathologie médicale	Widal. Teissier.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	P. Marie.
Histologie	Prenant.
Opérations et appareils	Hartmann.
Pharmacologie et matière médicale	Pouchet.
Thérapeutique	Marfan.
Hygiène	Chantemesse.
Médecine légale	Thoinot.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Letulle.
Pathologie expérimentale et comparée	Roger.
Clinique médicale	Debove. Landouzy. Gilbert. Chauffard.
Maladies des enfants	Hutinel.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. Ballet.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gaucher.
Clinique des maladies du système nerveux	Dejerine.
Clinique chirurgicale	Delbet. Quenu. Reclus. Segond.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	Bar. Pinard. Ribemont-Dessaigne.
Clinique gynécologique	Pozzi.
Clinique chirurgicale infantile	Kirmisson.
Clinique thérapeutique	A. Robin.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
Balthazard	Desgrez	Lenormant	Proust
Bernard	Duval (Pierre)	Lequeux	Rathery
Branca	Gougerot	Léri	Retterer
Brindeau	Grégoire	Loeper	Richaud
Broca (André)	Gueniot	Macaigne	Roussy
Brumpt	Guillain	Maillard	Rouvière
Camus	Jeannin	Morestin	Schwartz
Carnot	Jousset (André)	Mulon	Sicard
Castaigne	Labbé (Marcel)	Nicloux	Terrien
Chevassu	Langlois	Nobecourt	Tiffeneau
Claude	Laignel-Lavastine	Okinczyc	Zimmern
Couvelaire	Lecène	Ombrédanne	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR :

Pneumococcie suraiguë à localisation rénale prédominante (en collaboration avec le Docteur FERRAND). *Clinique infantile, 1908, n° 9.*

Cancer de l'Utérus et tuberculose associée (en collaboration avec le Docteur DELVAL). *Société anatomique, 29 juillet 1910.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Une mort cruelle est venue me le ravir à la veille de cette soutenance. Qu'il sache que je garderai pour tout ce qu'il a fait pour moi une reconnaissance éternelle.

MEIS ET AMICIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SEGOND,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1903 M. le Professeur agrégé Humbert (Hôpital Ricord).
1903-1904 M. le Docteur Guillemain (Hôpital Saint-Louis).
1904-1905 M. le Docteur Florand (Hôpital Tenon).
1905-1906 M. le Professeur agrégé Rieffel (Hôpital Trousseau).
1906-1907 M. le Docteur Guinon (Hôpital Bretonneau).

Internat provisoire

1907-1908 M. le Docteur Guinon (Hôpital Bretonneau).
M. le Docteur Le Gendre (Hôpital Lariboisière).
M. le Docteur Variot (Hospice des Enfants assistés).

Internat

1908-1909 M. le Docteur Villemin (Hôpital Bretonneau).
1909-1910 { M. le Professeur agrégé Rieffel / M. le Docteur Boissard } (Hôpital Saint-Louis)
1910-1911 M. le Professeur agrégé Jalaguier (Hospice des Enfants assistés).
1911-1912 M. le Professeur agrégé Rieffel (Hôpital Saint-Louis).

A MES AUTRES MAITRES

MM. les Professeurs agrégés Lecène, Chevassu, Descomps, MM les Docteurs Baudet, Mouchet, Veau, chirurgiens des Hôpitaux.

MM. les Docteurs Papillon, Milian, Gandy, Médecins des Hôpitaux.

Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale est-il possible sans orchidopexie.

INTRODUCTION

Pendant les deux années d'internat que nous eûmes l'honneur de passer dans un service de chirurgie infantile, nous eûmes l'occasion de voir opérer et d'opérer nous-mêmes un certain nombre de cas d'ectopies testiculaires. La cure radicale de ces ectopies fut suivie de l'orchidopexie : suture du testicule ectopié au testicule normalement abaissé ou suture du testicule au fond des bourses. Nous vîmes ces procédés entre les mains de nos maîtres donner d'excellents résultats, mais nous nous sommes demandés en présence des moyens si nombreux d'orchidopexie proposés, si la simple transplantation du testicule au fond des bourses après la cure radicale de la hernie congénitale existante ou amorcée n'était pas suffisante pour amener une guérison complète.

Pendant notre année d'externat et les deux années d'internat que notre maître Monsieur le professeur agrégé Rieffel nous permit de passer près de lui, nous avons assisté à plusieurs cures radicales d'ectopie testiculaire *sans orchidopexie*. Nous avons été heureux de pouvoir en réunir soixante-douze observations, vingt-six malades ont pu être revus de six mois à six ans après l'intervention. Devant les résultats obtenus, il nous a paru intéressant de les rapporter dans notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas voulu reprendre l'historique du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale qu'on trouve exposé dans les nombreuses thèses faites sur cette question et que nous indiquons à la bibliographie. Après quelques considérations générales et le résumé de quelques procédés d'orchidopexie, nous indiquerons le procédé opératoire que nous avons vu employer avec les raisons qui semblent devoir lui donner la préférence.

Nous nous sommes attachés à réunir dans notre bibliographie l'indication des travaux les plus récemment parus sur cette question et nous les avons vérifiés en grande partie.

Notre excellent ami, le docteur Ch. Villandre, a bien voulu fixé par quelques dessins les temps principaux de l'intervention. Qu'il reçoive ici nos vifs remerciements et l'assurance de notre bonne amitié.

Qu'il nous soit permis au début de ce modeste travail de dire à nos chers maîtres qui nous accueillirent comme externe dans leur service que nous nous efforcerons pendant notre carrière médicale de mettre à profit les enseignements qu'ils nous ont donnés et que nous les unissons tous dans une même reconnaissance.

Pendant nos quatre années d'internat, nous eûmes le grand honneur de voir nos maîtres nous accorder toute leur confiance et nous permettre de mettre en pratique dès l'hôpital leur enseignement.

Ils ne furent pas pour nous que des maîtres, mais de véritables amis qui surent nous aider de leurs conseils et de leur expérience chaque fois que nous eûmes recours à eux. Ils resteront pour nous des modèles que nous nous efforcerons de suivre, trop fier de pouvoir nous dire leur élève ; qu'ils veuillent bien trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre vif attachement.

CHAPITRE I

Quelques considérations sur le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire — Valeur du testicule ectopié — A quel age doit avoir lieu l'intervention.

Nous ne saurions nous étendre longuement sur la nécessité de faire la cure radicale de l'ectopie testiculaire. Se basant sur l'histologie du testicule ectopié, quelques chirurgiens préconisent la castration d'emblée. « Le testicule ectopié dit Félizet est une glande dégénérée, un organe mort tôt ou tard pour la fonction qui lui est dévolue » ; et plus loin « les opérations qu'on propose pour le traitement de l'ectopie testiculaire ne sont pas des opérations physiologiques en ce sens qu'elles sont incapables de donner au testicule la constitution anatomique et la puissance fonctionnelle qui lui manque ».

Les recherches histologiques qui précédèrent et suivirent les mémoires de Félizet et de Branca semblent n'accorder en effet aucune valeur au testicule ectopié. Van Hœlst en 1846 et Goubaux en 1847 notent l'azoospermie des ectopiques, et Follin en 1851 écrit que « chez tous les sujets lui ayant offert une rétention testiculaire, il a noté une notable diminution de la glande génitale ». C'est la même observation que fait Godard en 1857. Follin et Goubaux montrent que le « testicule est très atrophié et que dans son parenchyme s'opère une transformation fibreuse ou graisseuse qui détruit les éléments caractéristiques de l'organe ». Monod et Arthaud, Variot et Bezançon, Félizet et Branca admettent qu'au sein du testicule ectopié il se fait des profondes modifications histologiques qui auront leur retentissement sur la spermatogénèse. Ces modifications ne sont pas d'emblée aussi marquées et la glande ectopiée passe comme l'a résumé Villard par deux stades.

« Chez l'enfant avant la puberté le testicule ectopique garde son intégrité épithéliale, mais dans les interstices canaliculaires, au niveau du corps d'Higmore, dans l'albuginée, le tissu conjonctif se montre plus abondant que normalement. »

« Après la puberté, les éléments secréteurs du testicule se transforment, les cellules épithéliales subissent la tranformation granulo-graisseuse, disparaissent. Ultérieurement, la prolifération conjonctive interstitielle finira par compléter l'atrophie épithéliale. »

Bezançon dans l'examen d'un testicule ectopique chez un homme de 40 ans y trouve l'épithelium des conduits seminifères atteint de dégénérescence granuleuse et une sclérose péricanaliculaire considérable, avec épaississement de l'albuginée et une consistance fibreuse du corps d'Highmore.

Cette surabondance des cellules interstitielles est en effet caractéristique de la structure du testicule ectopique. Elles y sont si abondantes qu'elles forment parfois des amas presque visibles à l'œil nu.

Les voies d'excrétion du sperme, tubes droits, cônes efférents, épididyme ont toujours parues normales dans les différents examens qu'a pratiqués Lecène. Il n'a jamais rencontré aucune oblitération, aucune sclérose de ces canaux dont on puisse invoquer le rôle dans l'atrophie secondaire de la glande.

L'absence de spermatogénèse semble être le second caractère qui différencie le testicule ectopique du testicule normal.

Lecène rapporte trente cas observés et sur ceux de Branca cette absence de spermatogénèse est constante. Les tubes seminipares dont la paroi propre est toujours épaissie sont tapissés par un épithélium qui tantôt est constitué uniquement par les cellules de Sertoli, tantôt montre une ébauche de spermatogénèse. La lignée séminale n'est représentée dans le testicule ectopique de l'adulte, lorsqu'elle existe, que par des spermatogonies, des spermatocytes ou tout à fait exceptionnellement par des spermatides. Jamais les cellules seminales ne dépassent ces stades de spermatogénèse ; les spermatozoïdes font défaut. Ces données nous les retrouvons dans les examens des testicules ectopiés pratiqués dans ces dernières années par Marion, Cunéo, Autefage et Aubertin, Demars, Ancel et Bouin en 1902. Mosselmann et J. Rubay étudiant la cryptorchidie du cheval confirment les recherches précédentes de Cornil, Morax, Variot et Bezançon.

Si cette absence de spermatozoïdes est vrai dans l'immense majorité des cas, ce fait n'est heureusement pas constant. Begel

rapporte le cas d'un cryptorchide abdominal très vigoureux au point de vue général et dont le sperme examiné au microscope contenait un grand nombre de spermatozoïdes normaux. Albert trouve un testicule dont l'examen histologique démontre l'intégrité absolue. On connaît le cas de Monod et Artaud où des spermatozoïdes furent trouvés dans les tubes séminifères chez un jeune homme de vingt ans, cryptorchide. Souligoux rapporte le cas d'un cryptorchide abdominal qui eut trois enfants ; Bezançon chez l'homme, Cadiot et Muller chez le cheval rapportent d'autres cas de spermatogénèse. Tuffier et Toupet trouvèrent des spermatozoïdes chez un opéré de Péan. Chez les opérés de nos observations nous nous permettons de signaler ceux de nos observations I et II. Le premier d'entre eux atteint de cryptorchidie double eut deux enfants. Plusieurs nous objecterons que la preuve de cette paternité n'est pas faite, nous l'admettons cependant. Chez le second, jeune homme de vingt-et-un ans, la vie génitale se poursuit normalement, mais il n'a pu donner encore des preuves de sa fécondité. Le testicule abaissé nous paraît de volume égal à celui du côté opposé avec sa sensibilité normale et nous croyons fortement qu'il est apte à remplir ses fonctions dans la spermatogénèse.

Ces quelques cas où le testicule a donné ses preuves de vitalité ne sont-ils pas suffisants pour tenter toujours la cure radicale de l'ectopie testiculaire. « J'ai vu, dit Broca, des testicules d'apparence très médiocres devenir bons par la suite et j'en ai vus par contre s'atrophier peu à peu qu'au premier jour j'avais jugé bons » et plus loin « le testicule peut toujours être conservé, il sera toujours temps de l'enlever dans une seconde opération ».

Cette castration primitive peut quelquefois être indiquée. Segond la conseille si le sujet est âgé et si le testicule ectopié peut-être considéré comme mort physiologiquement. Un autre fait autorise aussi d'après Fotadiés la castration d'emblée « si le testicule atrophié est fixé aux parois du canal inguinal et devient un obstacle à l'oblitération complète de la cavité creusée par la hernie s'il s'agit d'une hernie interstitielle. »

Nous rejetons en principe la castration d'emblée car si le testicule ectopié peut encore remplir son rôle dans la spermatogénèse quel rôle ne joue-t-il pas dans l'équilibre des fonctions de l'individu par secrétion interne ». Le testicule bien qu'atrophié, dit Delbet, joue son rôle dans la corrélation physiologique : érection et puissance ». Qu'importe que l'homme soit infécond s'il a l'illusion de sa virilité !

Nous n'insisterons pas sur le rôle du testicule comme glande à secrétion interne, rôle sur le développement du squelette, les attributs de la virilité, les caractères sexuels du mâle et l'instinct génital.

A côté de la glande séminale existe en effet la glande interstitielle ayant une fonction bien distincte de la première et qu'une cure radicale d'ectopie permettra de développer ou de faire apparaître.

Quelques divergences existent encore au sujet de l'âge auquel les malades doivent être opérés. Plusieurs auteurs en présence de cas de descente tardive de la glande reculent le moment de l'intervention. Pour Humphrey, dans un cinquième des cas, le testicule ne descend que dans la première année de la vie, n'arrivant dans les bourses que dans la deuxième et troisième année.

Monod et Terrillon montrent que la descente spontanée peut être plus tardive et ne se faire qu'aux approches de la puberté entre douze et seize ans. Bezançon rapporte dans sa thèse huit observations de descente tardive. Oppeinheimer cite une descente à cinq ans, Godard à vingt-cinq, Mayor à trente-cinq, Verdier à trente-quatre.

Le fait que le testicule ectopique a dans la première enfance une structure presque normale est la principale indication de l'intervention avant la puberté. C'est en effet à ce moment que la cure radicale de l'ectopie atteint son maximum d'indication. Comme le dit Villard : « Le doute sur la possibilité d'un retard de migration n'entrera plus en ligne de compte et l'active poussée de développement qui se passe du côté du testicule ne devra pas être entravée par la situation anatomique anormale de la glande ».

Walter donne comme âge le meilleur huit à dix ans ; Kirmisson indique la puberté : douze à quatorze ans ; Richelot et Jalaguier donnent comme moyenne dix à treize ans. C'est également l'âge de dix ans que conseille Villemin sans dépasser douze ans comme âge maximum ; toutefois, comme le fait remarquer cet auteur, il y a intérêt à intervenir plus tôt si l'ectopie se complique d'une hernie inguinale. « Tout le monde est d'accord, dit Villemin, pour reconnaître que la cure radicale d'une hernie congénitale prise de bonne heure est vraiment définitive et le résultat en vaut la peine, car c'est la plus fâcheuse des hernies ».

Tédenat abaisse la limite d'âge à cinq ans. « Quand il n'y a

pas de hernie, écrit-il, il est imprudent d'attendre au-delà de cinq ans ; le testicule est un obstacle à l'occlusion régulière du canal inguinal et crée une prédisposition à la hernie ».

Broca ne tient qu'un compte relatif de l'âge : « Je reconnais d'ailleurs, dit-il, que sauf l'existence d'une hernie concomittante grosse et nette, j'opère les ectopies testiculaires bien moins tôt que les hernies proprement dites ». Il escompte une descente tardive « descente qui sans doute s'accompagne volontiers d'une hernie et dès lors n'évite pas l'opération ; mais elle allonge d'autant plus le cordon et favorise la bonne situation définitive du testicule ».

Ombredanne écrit : « Tout enfant déjà propre dont un ou les deux testicules perceptibles en un point quelconque du trajet inguinal ne peuvent être facilement amenés au fond du scrotum par la main du chirurgien qui l'examine est un enfant justiciable de l'orchidopexie. »

Nous avons exposé dans le tableau suivant les âges auxquels ont été opérés les malades de nos observations :

4 ans : 2 interventions	11 ans : 7 interventions
5 ans : 1 intervention	12 ans : 11 interventions
6 ans : 4 interventions	13 ans : 6 interventions
7 ans : 12 interventions	14 ans : 3 interventions
8 ans : 5 interventions	15 ans : 3 interventions
9 ans : 7 interventions	20 ans : 1 intervention
10 ans : 9 interventions	21 ans : 1 intervention

Comme on le voit, c'est vers l'âge de la puberté qu'eurent lieu le plus souvent les interventions. Avant l'âge de huit ans sur 19 interventions l'ectopie se complique neuf fois de hernies ; sept fois l'ectopie était double et il y avait peut-être là des raisons suffisantes pour expliquer une intervention précoce.

De huit à treize ans nous trouvons 45 interventions et sur ce chiffre 33 eurent lieu entre dix et treize ans. C'est cet âge, en effet, qui nous paraît le plus favorable à l'intervention. Le testicule n'est pas encore entré dans la phase active de sa vie et « la puberté le trouvera dans les bourses ».

CHAPITRE II

De quelques procédés d'orchidopexie

Nous passons volontairement sous silence les procédés dits de douceur : le massage, dont se montrèrent partisans Hunter, Godard, Monod et Terrillon. M. Tuffier à la société de chirurgie [1888] et dans la gazette des hôpitaux [1890] montre les avantages qu'on peut en retirer et en indique la technique.

L'application d'un bandage dans une erreur de diagnostic a pu empêcher bien des testicules en ectopie d'achever leur descente en fixant définitivement la glande dans le canal inguinal ou en la déviant de sa route. Le testicule abaissé, des bandages spéciaux dits bandages en fourche furent employés. Un tel bandage ne peut avoir que de déplorables résultats. M. Sebileau en fait le procès en règle ; il lui reproche de n'avoir jamais pu favoriser la descente d'un testicule. M. Monod rapporte une observation où le testicule étant descendu dans le scrotum s'atrophie après le port du bandage.

L'intervention sanglante est seule aujourd'hui admise et l'on comprend le grand nombre de procédés imaginés pour fixer le testicule ectopié à sa place.

Nous n'avons nullement l'intention de refaire l'historique de ce traitement sanglant de l'ectopie testiculaire. On le trouvera exposé plus clairement que nous pourrions le faire dans les thèses nombreuses publiées sur ce sujet et dans le mémoire de M. Souligoux au Congrès Français de chirurgie de 1906 (1).

Nous ne redirons pas en détail les différents temps qui règlent l'intervention chirurgicale : ouverture du canal inguinal, descente du testicule, fixation de celui-ci. Nous ne ferons qu'indiquer au cours de l'exposé de quelques procédés les particularités apportées par leurs auteurs à chacun de ces temps.

Nous n'aurons en vue que les procédés d'orchidopexie.

(1) Congrès français de Chirurgie, 1906, page 681.

1° Procédés cherchant un point d'appui dans les bourses

Procédés de M. Tuffier. — Au début, M. Tuffier fixait le testicule préalablement abaissé dans les bourses par le massage aux parois du scrotum. Avec une aiguille fine de Reverdin, on traversait le testicule de part en part en pleine substance et on faisait sortir l'aiguille par un point diamétralement opposé à celui de l'entrée : le fil de soie était lié par-dessus.

Dans la thèse de Le Joly Senoville, M. Tuffier conseille après la descente du testicule de le fixer par un fil de caoutchouc au genou de l'enfant.

Fixant ensuite le cordon aux piliers, nous croyons que M. Tuffier procède actuellement de la façon suivante : après avoir libéré soigneusement le cordon de façon à ce que le testicule descende de lui-même au-dessous du scrotum, M. Tuffier fixe la queue de l'épididyme à celui-ci ; cette suture n'ayant d'autre but que d'empêcher le testicule descendu d'aller prendre des adhérences en un point quelconque des bourses.

Procédé de M. Jalaguier. — Ce procédé est exposé dans l'excellente thèse de Bezançon [1]. Après libération du cordon le plus haut possible le testicule est fixé au fond du scrotum par une simple suture au catgut. Pour faire cette suture, on retourne en doigt de gant les bourses à la place qu'on a creusée et après avoir du bout de l'index enlevé les quelques pelotons adipeux qui peuvent s'y trouver, on traverse avec l'aiguille de Reverdin les couches profondes.

Le catgut ainsi fixé à la peau est passé par l'autre bout entre le testicule et la queue de l'épididyme.

On referme ensuite le canal inguinal, un aide tendant en bas le testicule et le cordon. Deux ou trois points de catgut sont mis sur les lèvres divisées de toute l'épaisseur du trajet inguinal.

Le catgut mis ainsi au fond des bourses se résorbe au bout de dix à douze jours ; à ce moment les adhérences désirées entre la glande et le scrotum se sont produites.

Procédé de M. Sebileau. — « Je passe, dit-il, au travers de l'albuginée, sur le pôle inférieur du testicule, trois ou quatre fils de soie ou de catgut qui percent ensuite le fond de la vaginale et qui me servent à fixer l'organe, d'une part à la cloison des bourses et d'autre part à la face profonde du derme scrotal, sur le côté opposé, le plus bas et le plus loin possible, là en somme, où est spontanément maintenu par son ligament

(1) Thèse Paris 1891-1892, n° 231.

gubernaculaire le testicule qui a accompli sa migration normale. Il est entendu que le fil ne traverse pas la peau et que c'est d'une suture perdue qu'il s'agit.

Procédé de M. Villemin. — Il a pour but l'union du testicule ectopié au testicule normalement situé. « En unissant ensemble les deux testicules dans les bourses, en les rendant solidaires, nous convertissons ces deux organes, prolongés par leurs cordons, en une sorte de fronde qui dans son ascension sera toujours arrêtée par la racine de la verge fixe sous la symphyse pubienne ».

Ouverture du canal inguinal. Cure radicale. Section des trousseaux fibreux du cordon. Reconstitution du canal inguinal par le Bassini. Suture des piliers commencée très haut et finie très bas.

« Sans faire aucune incision du côté opposé, sans agrandir celle qui est strictement nécessaire pour la cure de la hernie, nous repoussons à travers les téguments le testicule normal en passant sous la verge, le faisons saillir coiffé de la cloison intertesticulaire dans la plaie opératoire. Sur l'organe même qui tend fortement les tissus, nous sectionnons cette cloison jusqu'à ce que l'on distingue la vaginale qui laisse transparaître l'albuginée reconnaissable à sa blancheur ; cette section doit être assez petite pour que le testicule sain ne quitte pas sa loge. Alors, conservant l'organe immobilisé dans la main gauche, nous traversons la vaginale et l'albuginée seules autant que possible, sans prendre le tissu glandulaire, à l'aide de deux fils de soie. Ceux-ci sont à leur tour passés de la même manière sous les enveloppes du testicule ectopié qu'un aide s'efforce de faire descendre de son mieux et les fils sont noués. Il n'y a plus qu'à suturer la peau de l'unique incision ».

Gersuny a employé le même procédé et obtenu dans quatre cas un bon résultat ; il y joint la suture des débris celluleux du cordon au périoste de la branche horizontale du pubis.

Procédé de Witzel (1). — Analogue à celui de M. Villemin. Le testicule sain est attiré dans la bourse vide. Après sectionnement de la cloison on le fixe au testicule ectopique puis on replace le tout dans le sac scrotal du côté sain. L'incision scrotale est ensuite suturée de façon qu'il ne puisse se produire aucun étranglement du cordon. En cas d'ectopie bi-latérale le testicule du côté droit est fixée dans la moitié scrotale gauche et vice-versa à travers l'ouverture de la cloison.

(1) Münchner méd. Wochenschrift, 1905, n° 26.

Procédé de M. Mauclaire (1) ou procédé de la greffe intersticulaire.

1° Section complète de la cloison des bourses.

2° Ouverture de la vaginale du côté sain.

3° Avivement losangique de la face interne de l'albuginée sur les deux testicules.

4° Suture des surfaces avivées en unissant les bords symétriques.

5° Enveloppement des deux testicules accolés par une suture de la vaginale en utilisant la séreuse de la hernie ; il n'y a plus alors qu'une seule vaginale englobant les deux testicules ce qui complète la synorchidie artificielle.

6° Suture de la vaginale unique par quelques points de catgut à la face profonde de la ligne médiane du scrotum.

7° Suture des tissus profonds autour du cordon pour le fixer.

Ce procédé a été employé avec succès par MM. Girard et Vidal. Auschutz se déclare très partisan de cette opération qui a pour but de fixer et de bien nourrir le testicule souvent atrophié.

Procédé de M. Walther. — Après libération très large du cordon de façon à pouvoir abaisser librement le testicule et dissection du canal vagino-péritonéal que l'on doit parfois poursuivre jusque dans la fosse iliaque interne, on crée une loge scrotale et on incise la paroi des bourses. Cette incision se fait sur le testicule du côté sain maintenu contre la cloison par les deux doigts de la main gauche ; si le doigt glisse, ce point de repère peut se perdre et l'on peut prendre pour le testicule le corps caverneux qui en a l'aspect. Quand cette incision est terminée toutes les lèvres des lames successives qui forment la cloison sont saisies avec des pinces ; le doigt pénètre librement dans la moitié opposée des bourses et le testicule ectopié peut facilement passer à travers cette boutonnière. On le laisse libre dans la bourse occupée par le testicule normalement abaissé et l'on ferme par quelques points de catgut n° 1 la boutonnière que l'on a faite dans la cloison.

Ce procédé a été récemment l'objet d'un rapport de M. Monod à l'Académie de Médecine (2) ; il est employé actuellement par Carlier et avait, donné entre les mains de Guinard de bons résultats.

(1) Thèse Duménil. Paris 1906.

(2) Bulletins de l'Académie de Médecine, 12 mars 1912, page 197.

Procédé de M. Ombredanne (1). — Après une ouverture du canal inguinal, on décolle le testicule et ses enveloppes des adhérences qu'ils présentent avec les parties voisines sans ouvrir le canal péritonéo-vaginal. Ce n'est que lorsque que tous les éléments du cordon sont disséqués qu'on ouvre le canal et que l'on fait la cure radicale de la hernie amorcée ou existante. On passe ensuite une anse de catgut dans le fond de la vaginale testiculaire : les deux chefs sont pris dans une pince.

Le temps scrotal va commencer. L'opérateur qui se placera toujours à droite du sujet quelque soit le côté à opérer place sur le raphé-médian du scrotum deux pinces de Kocher qui le saisissent l'une sous la verge, l'autre au point déclive du raphé. Le canal péritonéo-vaginal contenant le testicule étant rejeté vers l'angle supérieur de la plaie, l'opérateur engage son index gauche dans l'angle inférieur et lentement, sans violence, se creuse un chemin vers le fond de la bourse du côté correspondant à l'opération.

Lorsque le doigt a atteint le fond du scrotum il change de direction et s'appuyant à la cloison médiane des bourses refoule celle-ci vers la partie latérale du scrotum du côté opposé à l'opération.

S'il s'agit d'une ectopie droite on fait sur le flanc gauche du scrotum ainsi refoulé par l'index et bien tendu une incision verticale de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres. Cette incision se prolonge sur la cloison des bourses. Une pince de Kocher passée par cette boutonnière de la cloison apparaît dans la plaie inguinale et va saisir les deux chefs de l'anse qu'on a placée sur la vaginale testiculaire dans le temps précédent.

En tirant sur cette anse on amène le testicule à travers la cloison et on le fait sortir par l'incision scrotale.

L'opérateur refoulant le cordon à la partie supérieure de la boutonnière de la cloison referme la partie inférieure par deux ou trois points de catgut. Le point supérieur ne doit pas serrer les éléments du cordon. Il doit cependant être placé assez haut pour empêcher le testicule de repasser par la boutonnière de la cloison.

On dégage l'anse de catgut passée dans la vaginale et on referme le scrotum faisant suivre cette suture de la fermeture du canal inguinal.

Ce procédé qui est calqué sur celui de M. Walther a sur ce dernier l'avantage de pouvoir être employé dans l'ectopie bilatérale.

(1) Paris. Thèse Paris. 1911-1912, n° 189.

2° Procédés cherchant un point d'appui en dehors des bourses

Procédé de Kettley (1). — Le testicule a été soigneusement libéré de ses attaches fibreuses dans le canal inguinal et descendu dans le scrotum ; on a pratiqué alors deux incisions cutanées au scrotum et à la partie voisine de la cuisse ; les incisions cutanées et quelques tissus fibreux qu'on trouve toujours attachés au testicule et à l'épididyme ont été suturés ensemble, les sutures passant à travers la vaginale.

Procédé de Longard (2). — On isole le cordon très haut dans le canal inguinal ; on sectionne la fibreuse commune, on attire le testicule au fond des bourses, on fait alors dans le scrotum une incision de deux à trois centimètres traversant les enveloppes. On introduit le testicule dans cette fente un peu plus grande qu'une pièce de dix pfennings et on le fixe par sept fils qui traversent le scrotum et l'albuginée. Ces fils seront assez longs pour qu'on puisse les fixer à la face interne de la cuisse.

Procédé de Nicoladoni. — Ayant d'abord fixé le testicule au fond du scrotum, il emploie depuis 1895 le procédé suivant : Il suture le restant de la vaginale au périnée en pratiquant derrière le scrotum une petite ouverture. Ceci étant fait le testicule reste dans le scrotum et le cordon n'est pas tendu ; la petite plaie périnéale guérit rapidement. On recherchera la cicatrisation par première intention. Après avoir fait la petite plaie périnéale derrière le testicule, il sera indiqué de suturer la vaginale sous la peau avec du catgut et de refermer la plaie.

Procédé de M. Le Fort (3). — La libération du canal déférent doit être très minutieuse : la section des vaisseaux spermatiques ne sera entreprise que s'il n'y a pas moyen de l'éviter, mais, dans ce cas elle rendra des services inappréciables.

L'épididyme pourra être séparé du testicule sauf au niveau de sa tête, cette dissection permet de basculer le testicule qui reprend sa place normale, pôle supérieur en haut. Après préparation de la loge scrotale le testicule sera descendu dans les bourses. Une anse de crin de Florence est passée au ras du testicule, au niveau du pôle qui après fixation deviendra inférieur.

« J'ai souvent utilisé pour le même usage, écrit M. Le Fort, les deux chefs de la ligature placée au-dessus de l'extrémité su-

(1) Société Médicale de Londres, 1894.
(2) Centralblatt fiir Chirurgie, n° 8. 1903.
(3) Archives Générales de Chirurgie, 1911, n°s 8 et 9.

périeure du testicule sur les tissus fibreux et musculaire, même sur les veines sectionnées lors de la libération de la glande séminale. Bien que jamais je n'aie observé le moindre inconvénient, je pense qu'il est préférable d'utiliser une anse indépendante de crin de Florence, plus facile à extraire et exposant moins à l'infection au niveau des points de passage des fils dans le scrotum.

Une aiguille traverse le fond du scrotum, plutôt en arrière qu'en avant et ramène au dehors un des deux chefs ; la manœuvre est répétée en un point distant de quelques millimètres pour le second chef et le testicule est attiré dans le scrotum par la simple traction des fils ; les deux chefs sont alors noués extérieurement sous le scrotum sur un petit rouleau de gaze et laissés longs. Le testicule est ainsi fixé tout au fond du scrotum. »

Les deux chefs du fil servent à maintenir la portion basse du testicule et aussi du fond du scrotum. Ils seront liés sur un drain de caoutchouc, et plus tard, l'opération et le pansement terminés, le drain sera fixé modérément tendu à une bande de toile ou de tarlatane roulée sur une légère couche de ouate autour de l'extrémité inférieure de la cuisse, immédiatement au-dessus du genou.

La traction élastique obtenue par ce procédé a l'avantage de pouvoir être très facilement relâchée si elle devient douloureuse, et cela par un simple mouvement de cuisse que le malade, je l'ai vu souvent, faisait de lui-même.

Procédé de Bidwel. — Dans ce procédé Bidwel associe l'inversion du testicule selon la manière de Wood à la traction élastique.

Après avoir disséqué et excisé la vaginale, il coupe les fibres du crémaster, puis le testicule est attiré par un aide tandis qu'on coupe soigneusement avec la pointe du bistouri les connexions qui existent entre le canal déférent et l'épididyme. Le testicule est alors inversé et le résultat de l'inversion est tel que le testicule pend maintenant environ à quatre centimètres plus bas. Pendant la séparation on sectionne forcément l'artère spermatique, les veines et les nerfs, l'artère déférentielle seule est conservée. Puis on passe un fil de soie à travers le fond du testicule et du scrotum et les deux extrémités de ce fil sont nouées ensemble et attachées au moyen d'un drain et d'une épingle de nourrice à la lame transversale d'une cage métallique. La cage est attachée au corps par des rubans passant autour de la taille et des cuisses. Elle n'est nullement incommode.

Le drain est tordu le lendemain de l'opération et si cela est nécessaire le surlendemain. La cage sera gardée une semaine ou dix jours au maximum.

Ces procédés élastiques sont ou furent utilisés par plusieurs chirurgiens ; si Watson Cheyne paraît l'avoir utilisé le premier, on le vit entre les mains de Rocher, Denucé, Princeteau, Davison, Lanz, donner quelques bons résultats.

3° Procédés ayant pour but la fixation du cordon

Procédé de Nélaton et Ombredamne (1). — Passage transpubien du cordon.

Au moyen d'une pince à emporte-pièce, on enlève d'un seul coup dans le corps du pubis au niveau de la portion mince, c'est-à-dire à huit millimètres au-dessous du bord supérieur, une rondelle osseuse de la taille d'une pièce de un centimètre de diamètre environ. La scie à chaîne sectionne le pont osseux sus-jacent à son extrémité interne, puis avec une pince à séquestre, ce pont est relevé en dehors sur sa charnière périostique. Le cordon est ensuite couché dans le tissu adipeux prévésical, puis au fond de la gouttière osseuse pubienne.

Le pont qui va transformer la gouttière en anneau est rabattu par un point du catgut passé dans son périoste antérieur d'une part, dans celui de l'angle pubien d'autre part.

(Notons que cette méthode transosseuse a été complètement abandonnée).

Procédé de Peyrot-Souligoux. — Après incision de la peau et des couches superficielles, on ouvre le canal inguinal en fendant l'aponévrose du grand oblique, puis on libère le cordon et le testicule de leurs adhérences extérieures. On fait la cure radicale en poursuivant très haut du côté de l'abdomen la dissection de la moitié supérieur du processus vagino-péritonéal, de façon à détruire complètement les adhérences qui existent parfois entre le cordon et le péritoine pelvien. Dissection des éléments du cordon et abaissement de la glande dans la moitié correspondante du scrotum. Pour fixer le testicule, on place à trois centimètres environ au-dessus de la terminaison inférieure du cordon quelques points de suture au catgut qui unissent la partie celluleuse du cordon au périoste du pubis et au tendon des muscles adducteurs. De ce fait, le testicule est intimement lié à la branche horizontale du pubis et reste en place.

Souligoux dans sa communication au Congrès de Chirurgie de

(1) Presse Médicale, 1897, n° 62.

1902 ajoute à ce premier temps de la fixation du cordon, un deuxième temps pendant lequel il fixe la partie inférieure du cordon à l'appareil cutanéo-serotal par des points de catgut étagés de haut en bas.

Procédé de M. Richelot. — Fixation du cordon à la paroi. Après avoir libéré très loin le cordon sans détruire toutefois ses éléments nobles, on place avec l'aiguille de Reverdin trois fils de catgut qui rétrécissent l'anneau et le trajet inguinal en passant à travers les éléments du cordon. Ces fils sont pareils à ceux des sutures profondes par lesquels on rétrécit le trajet herniaire en terminant la cure radicale, avec cette différence qu'ils prennent les couches du cordon pour les fixer à l'aponévrose abdominale et ne respectent que le canal déférent et l'artère spermatique.

(Ce procédé avait été employé en même temps par M. Monod).

Procédé de M. Félizet. — Cet auteur cherche à empêcher la rétraction du testicule en provoquant la stase des veines du cordon. Il rapproche avec un fil d'or absolu les deux piliers de l'anneau inguinal externe en laissant un espace strictement suffisant pour le passage du cordon sans étranglement.

Le cordon constitue ainsi, un véritable cylindre épais suspendu à l'orifice inguinal externe en pesant sur le testicule comme un cachet. Félizet provoque ainsi un véritable varicocèle expérimental.

Citons encore quelques autres procédés de fixation du cordon :

Beck, dissèque un lambeau aponévrotique détaché du bord externe de l'anneau inguinal et le retourne pour cravater en quelque sorte le cordon et empêcher le testicule de remonter.

Alivisatos, publie quelques observations d'ectopies inguinales guéries par la fixation du cordon au périoste du pubis.

Willems (1), de Gand, suture le cordon à la paroi du canal dans toute l'étendue du trajet, de l'orifice interne à l'orifice externe. Il complète l'opération par des tractions exercées sur la partie correspondante du scrotum pendant quelques semaines au moyen d'une pince, à larges mors gaînés de caoutchouc, et d'un poids.

Tels sont brièvement résumés les quelques procédés d'orchidopexie actuellement employés ; nous en dirons leur valeur dans un des chapitres suivants.

---

(1) Congrès de Chirurgie, 1906, page 710.

CHAPITRE III

Cure radicale de l'Ectopie testiculaire inguinale sans orchidopexie

« Comme la plupart des chirurgiens, dit Kirmisson (1), j'ai commencé par fixer le testicule à la paroi du scrotum cherchant à réaliser une véritable orchidopexie ; mais prendre appui sur les parois du scrotum, c'est bâtir sur le sable. Renonçant à toute idée de fixation du testicule ou d'orchidopexie, j'en suis venu à pratiquer seulement l'abaissement artificiel de la glande ».

Quand le testicule est abaissé dans le scrotum, « je complète l'opération en faisant tout autour du cordon et dans la plus grande hauteur possible une suture au catgut réunissant tous les tissus fibreux qui proviennent de la dissection, de façon à transformer ce cordon en une tige rigide qui maintienne le testicule aussi écarté que possible de l'orifice externe du canal inguinal ».

Nous ne croyons pas que l'on puisse faire rentrer ce procédé parmi ceux du chapitre précédent. Il n'y a pas à proprement parler de funiculopexie. Le cordon n'est pas fixé et si le testicule ne peut remonter, il peut descendre dans les années qui suivent l'opération, si après celle-ci on n'a pu l'amener qu'à la partie moyenne des bourses.

C'est un procédé analogue qu'emploie M. le professeur Delbet (2). Il creuse dans le tissu cellulaire de la racine des bourses une sorte de tunnel. Dès que le testicule a atteint le fond du scrotum, des points de suture étagés au-dessus de lui resserrent ce tunnel de telle sorte que sa lumière suffisante pour ne

(1) Congrès français de Chirurgie, 1906, page 699.
(2) Journal des Praticiens, 1910, n° 30, p. 466.

pas exercer de pression sur le cordon soit tout-à-fait insuffisante pour permettre à l'organe de remonter.

L'orchidopexie est également abandonnée par Routier (1) ; toute fixation lui paraît « illusoire et inutile ».

Broca (2) écrit : « J'ai toujours opéré par le procédé le plus simple : ablation du canal péritonéo-vaginal, section complète du crémaster et des brides fibreuses, effondrement de la cloison qui ferme la racine des bourses et création avec le doigt d'une cavité où se loge le testicule. Cela fait, je suture exactement et étroitement le canal, comme pour toute cure radicale de hernie et je fais descendre le surjet sur le haut du cordon. Mais je ne fixe jamais le testicule au fond du scrotum (sauf deux ou trois premières opérations).

Mignon (3) dans les cas qu'il rapporte à la Société de Chirurgie n'a pas fait d'orchidopexie. Nous dirons ce que son procédé d'abaissement du testicule par section de tous les vaisseaux spermatiques a de défectueux.

William Colley, de New-York (4), après avoir libéré exactement son cordon, amène le testicule au fond des bourses. « La suture du testicule dans le scrotum a, à mes yeux, peu de valeur ; s'il y a la moindre tension, le scrotum est rétracté en haut du côté de l'anneau externe. Le canal est fermé par la méthode modifiée de Bassini, c'est-à-dire que le cordon est tiré jusqu'au point le plus bas de la plaie, l'oblique interne est alors suturé avec le ligament de Poupart par dessus le cordon. Il faut prendre beaucoup de soin dans le placement du point le plus bas de cette suture qui doit comprendre la portion réfléchie de l'oblique externe aussi bien que le tendon conjoint et le ligament de Poupart sur le côté externe. Cette suture bien faite donne un très petit anneau externe, toujours trop petit pour permettre au testicule de refluer dans le canal, même s'il arrivait à atteindre l'anneau ».

Ce procédé sans orchidopexie a donné à W. Colley d'excellents résultats, même dans un cas d'ectopie abdominale (observation XII in annals of surgery).

Moschcowitz (5) rapporte plusieurs observations de malades opérés par lui d'après le procédé de Bevan. Quand le testicule et le cordon sont libérés des adhérences qui les retiennent aux

(1) Bulletins société de Chirurgie, 1901, page 430.
(2) Gazette des Hôpitaux, 1899, page 315.
(3) Bulletins société de Chirurgie, 1902, p. 752-756.
(4) Annals of Surgery, 1908, p. 326.
(5) Annals of Surgery, 1910, p. 821 et suivantes.

parties voisines, la moitié correspondante du scrotum est tendue avec les doigts ou une pince à pansement pour l'accommodation du testicule. On n'a jamais d'embarras avec ce temps de l'opération, même si le scrotum paraît petit et ratatiné. Dans la poche ainsi formée, le testicule est placé sans aucune attache et pour prévenir une luxation possible, le col du scrotum est fermé autour du vas par une suture interrompue ou circulaire.... On procède ensuite à la cure radicale de la hernie. Pas d'orchidopexie proprement dite et les résultats de Moschcowitz sont cependant encourageants.

M. Rieffel récemment a refait devant nous l'exposé du procédé que nous lui avons vu employer et c'est presque sous sa dictée que nous l'écrivons.

Quelque soit la variété d'ectopie inguinale, externe, interstitielle ou interne ou même si le testicule se trouve seulement à la face profonde de l'anneau inguinal il faut toujours commencer par inciser le trajet inguinal dans toute son étendue. Pour ce faire, rechercher l'orifice externe, facile à trouver, même s'il est presque fermé, grâce à ses rapports avec l'épine du pubis.

Le trajet inguinal étant incisé, les deux lèvres de la paroi antérieure sont repérées avec deux pinces de Kocher et le second temps de l'opération va commencer : libération du testicule et du cordon.

Quel que soit le volume et l'aspect du testicule sa descente devra toujours être tentée. Dans nos observations, une seule castration fut faite d'emblée (n° 44 de notre tableau). Il s'agissait d'une ectopie double. A droite il y avait absence complète d'orifice inguinal externe. Très haut dans le canal inguinal, perdu dans l'épaisseur des fibres du petit oblique, on trouve l'appareil testiculaire réduit à un canal déférent. On reconnaît l'épididyme. Autour se trouvent trois ou quatre petites masses aplaties paraissant être du tissu testiculaire ou de petits ganglions. On résèque le tout.

Au cours de la libération du testicule, on remarque que la glande est surtout fixée en deux points :

1° Par les éléments du cordon au niveau de son pôle supérieur.

2° Par de forts tractus qui partant de la glande se portent vers la région pubienne : tractus constitués par des brides souvent multiples, épaisses, résistantes, qu'il faut soigneusement détruire. Bien que Sébileau ait montré chez le fœtus normal « que le gubernaculum pénètre tout entier sans aucune division fasciculaire dans le canal inguinal », ne peut-on penser que ces

brides dépendent cependant de ce gubernaculum. Sans généraliser la division fasciculaire décrite par Godard et Sappey ces insertions anormales sur le pubis d'un faisceau gubernaculaire ne seraient-elles pas précisément une des causes de l'arrêt dans la descente du testicule ?

Au cours des manœuvres tentées pour abaisser la glande, on constate très souvent la présence du canal péritonéo-vaginal presque enroulé et dans 90 % des cas d'une hernie concomitante plus ou moins développée. Ce que l'on rencontre toujours quelque soit la disposition c'est un cul de sac péritonéal comme un diverticule de Nück.

La chose essentielle est d'abord la dissection le plus haut possible de ce diverticule ; on en poursuit la libération jusque dans la fosse iliaque si c'est nécessaire. Pour cela, il faut écarter et au besoin inciser un peu du petit oblique et du transverse en ayant soin de ne pas couper le nerf grand abdomino-génital qui rampe sur le bord inférieur du petit oblique.

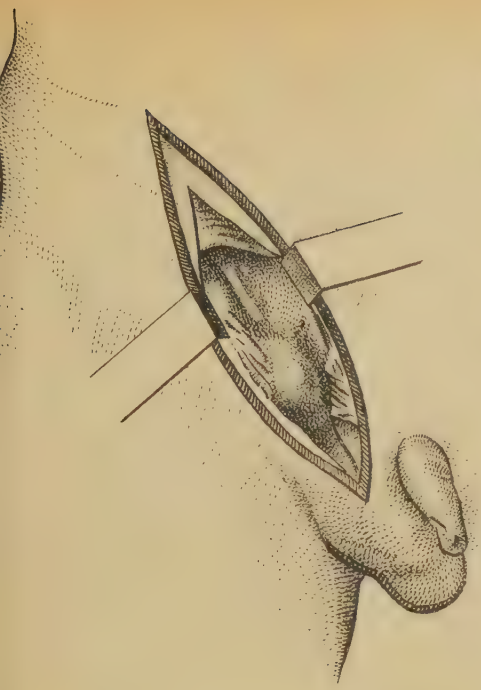
Si le canal péritonéo-vaginal est assez long où s'il existe une hernie concomitante c'est à la dissection de ce canal ou du sac herniaire qu'il faut s'attacher. Il est important de travailler avec des ciseaux très fins, courbes à pointes mousses et de se servir de petites pinces à disséquer et non à griffes pour ne pas léser les éléments du cordon.

On sait que le canal péritonéo-vaginal recouvre en gouttière le déférent et les vaisseaux qui l'accompagnent. On incisera ce canal un peu au-dessus du pôle supérieure du testicule et on le disséquera très minutieusement à petits coups de ciseaux, en l'attaquant par ses parties latérales. On remontera la dissection jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal et même au-delà jusque dans la fosse iliaque interne. On est étonné alors de l'allongement que l'on obtient, il est généralement de 4 centimètres environ.

S'il existait une hernie, on ferme l'orifice supérieur du sac. Une simple ligature est placée sur le canal péritonéo-vaginal.

Ne pas se préoccuper du bout inférieur du canal. On en réséque un peu en conservant cependant quelques débris. Si la hernie concomitante est funiculaire, la partie inférieure du sac sera utilisée pour refaire une vaginale au testicule.

Dans cette dissection que l'on fait sur le doigt, on détruira forcément quelques fibres du crémaster et parfois il faut sectionner quelques veines entre deux ligatures. Jamais il n'a été nécessaire de sectionner l'artère déférentielle ni l'artère spermatique.



Le testicule tel qu'il apparaît après l'ouverture du canal inguinal.

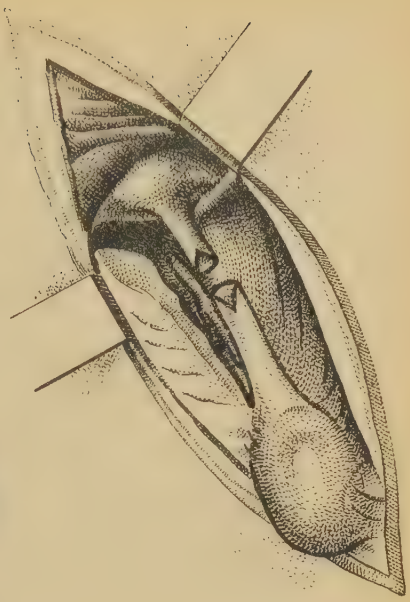


Fig.II.—Le canal péritonéo-vaginal est sectionné et on va en commencer la dissection.

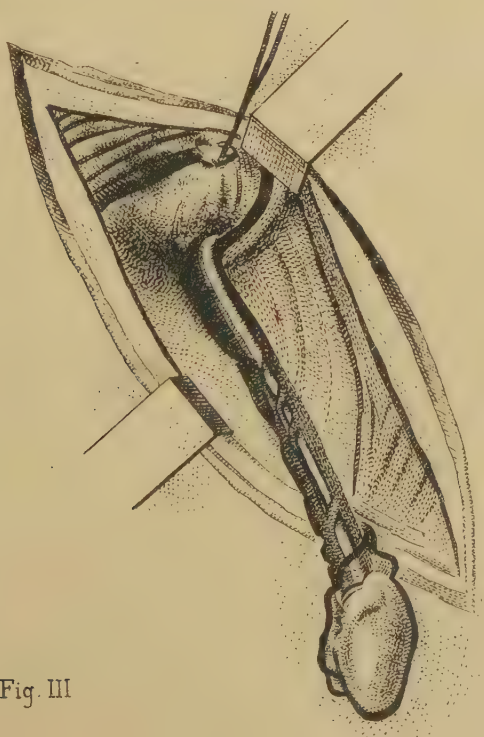


Fig. III

La descente du testicule n'est cependant pas encore complète, c'est qu'il est encore fixé plus profondément par des brides fibreuses qui remontent vers la fosse iliaque interne et qu'on rencontre le long du bord externe du cordon. « Je n'ai pu trouver, nous dit M. Rieffel, l'explication de ces brides et la dissection de nombreux fœtus ne m'a rien donné ».

Ne pourrait-on trouver leur origine dans les adhérences péritonéales à la suite d'une orchite fœtale ?

Cloquet et Wrisberg ont pu voir chez des fœtus des adhérences s'établirent entre le testicule immobilisé d'une part, le colon dans un cas, le grand épiploon dans un autre.

Simpson chez un nouveau-né a constaté un travail adhésif entre le péritoine de revêtement du testicule et la fosse iliaque.

Wood a vu l'épididyme fixé à l'S iliaque par trois brides fibreuses.

Jobert et Curling enfin ont signalé des lésions à peu près analogues.

Dans les cas difficiles, ou malgré la dissection du canal péritonéo-vaginal la descente du testicule ne s'effectue pas, il faut, après avoir largement écarté le petit oblique et le transverse récliner en haut le cul-de-sac péritonéal comme au cours d'une ligature de l'iliaque externe et poursuivre très profondément la libération du cordon. Il faut le décoller avec le doigt des adhérences qu'il a contractées avec les tissus voisins et sectionner aux ciseaux les brides qui le retiennent sur sa face externe. Si la libération est poussée à ce point, on obtient toujours une longueur suffisante pour abaisser le testicule au-dessous du scrotum.

Dans les soixante-douze observations que nous rapportons, cette dissection fut presque toujours possible. Sauf chez quelques malades cette manœuvre ne donna pas les résultats voulus, et le testicule ne put être amené qu'à la racine des bourses.

Le testicule étant abaissé on le confie à une aide, tandis que le chirurgien va de son index effondrer le tissu cellulaire qui comble la partie inhabitée du scrotum et y créer ainsi une loge pour la glande.

M. Souligoux range à tort M. Rieffel parmi les partisans de la fixation aux piliers inguinaux (1). Notre maître considère cette pratique comme illogique et plus mauvaise encore que la fixation au scrotum. Si le cordon est amarré en effet à des parties

(1) M. Souligoux a été induit en erreur par la thèse de M. Leuthreau qui sans consulter M. Rieffel a prétendu décrire son procédé et ne l'avait pas compris.

fixes, immobiles comme le sont les piliers, comment peut-on espérer une descente plus accentuée du testicule après l'intervention si celle-ci n'a pu l'amener qu'à la racine des bourses ; et cette descente secondaire n'est pas une simple vue de l'esprit, nous l'avons constatée en effet sur plusieurs de nos opérés.

Le plus souvent le testicule tient tout seul ; si on veut le maintenir, et je le fais quelquefois, je charge avec une fine aiguille les débris du canal péritonéo-vaginal que j'ai laissés intentionnellement et je les fixe avec deux points de catgut 00 à quelques fibres musculaires du petit oblique et du tranverse. Cette fixation qui par elle-même ne joue pas grand rôle, puisqu'elle est faite sur un organe élastique, permet cependant au cordon s'il s'abaisse par la suite d'entraîner avec lui quelques fibres musculaires et de se reconstituer un peu de son crémaster que la dissection a détruit. Ce voisinage immédiat du cordon et du corps musculaire ne pourrait-il être le point de départ d'une circulation complémentaire qui aura son utilité si la dissection à fait sectionner quelques veines.

Le testicule est dans les bourses. Il ne reste plus qu'à fermer le canal inguinal et la plaie opératoire. La suture du tendon conjoint et de l'arcade crurale est faite au-dessus du cordon et le point inférieur est fait le plus bas possible sans pour cela comprimer déférent et vaisseaux.

Suture des piliers au catgut n° 1. Suture de la peau au crin de Florence ou aux agrafes de Michel. Le plus souvent on laisse un petit drain dans la plaie pendant 48 heures.

Les suites opératoires sont des plus normales. Dans les jours qui suivent on note parfois un peu d'hématome de bourses. Une seule fois (malade n° 17) on a noté un œdème assez considérable du scrotum avec gonflement douloureux du testicule, accidents qui disparurent d'ailleurs assez rapidement.

Tel est brièvement exposé le procédé que nous avons vu employer. Comme on le voit, il consiste surtout dans une dissection minutieuse du canal vagino-péritonéal et des brides nombreuses qui fixent d'une part le testicule au pubis, d'autre part le cordon dans la fosse iliaque interne. Ces faits sont considérés également comme primordiaux par la plupart des chirurgiens qui préconisent l'orchidopexie. M. Walther récemment à l'Académie de Médecine insista sur ces points ; pourquoi dès lors compliquer une opération qui après cette simple libération du cordon donne de bons résultats.

Deux cas peuvent se présenter en effet :

Ou le cordon est trop court et malgré tous les soins appor-

tés on ne peut suffisamment abaisser le testicule, alors l'orchidopexie est illusoire..

Ou la dissection est suffisante pour amener la glande au-dessous du scrotum et l'orchidopexie est inutile.

Que faut-il penser des différentes manœuvres préconisées par quelques chirurgiens, ayant pour but d'augmenter la longueur du cordon et de faciliter sa descente : section des vaisseaux spermatiques et déroulement de l'épididyme.

La section des vaisseaux spermatiques a été pratiquée par Bidwel, répétée par Bevan, par Lucas-Championnière, par Mignon. Dans les trois observations que cet auteur rapporte à la Société de Chirurgie (1) les résultats semblent encourageants : chez un de ses malades revu un an après l'intervention, le testicule droit abaissé « a sa consistance normale et la pression provoque la même sensation qu'à gauche. Le canal déférent que l'on suit nettement est entouré d'une gaîne souple qui ferait croire à la présence des éléments du cordon ». Même résultat chez le second malade revu six mois après l'intervention.

Le professeur Delbet, Ombredanne ont fait cette section sans inconvénients et sans observer à sa suite du sphacèle du testicule abaissé.

Colle (2) dans une thèse inspirée par Carlier conclue à l'inocuité de la section des vaisseaux spermatiques. Il explique cette inocuité par une anastomose funiculo-spermatico-déférentielle formée par une anse à trois branches entre le testicule et l'épididyme et à la formation de laquelle contribuent les trois artères spermatique, funiculaire et déférentielle. Cette anastomose se ferait à plein canal.

Moschcowitz partant des travaux récents de Griffths (3) et de Hill (4) a fait expérimentalement la section de l'artère spermatique chez le chien (5). « Je divisais les vaisseaux spermatiques laissant le testicule en état et j'enlevais le testicule à des périodes variant de quatre jours à trois semaines après l'opération.

Les testicules furent examinés histologiquement. Dans aucun cas la gangrène ne survint. Microscopiquement, quelques testicules, surtout les premiers opérés, montrèrent un peu de nécrose dans leur intérieur, mais sur toute la périphérie les al-

(1) Bulletins de la Société de Chirurgie, juillet 1902, p. 752-756.
(2) Thèse de Lille, 1902.
(3) Journal of Anatomy and Physiology, vol. xxx, p. 81.
(4) American Journal of Anatomy, 1909, p. 463.
(5) Annals of Surgery, 1910, n° 4, p. 834.

véoles étaient dans un parfait état de conservation. Dans les relations des observations de malades opérés avec cette particularité, il n'y a pas de cas où la nécrose du testicule fut survenue ».

Nous ne croyons pas que la section de l'artère spermatique soit aussi inoffensive que veulent bien le dire ces auteurs. Nous ne la trouvons faite chez aucun de nos malades et jamais elle n'a été un obstacle à l'abaissement du testicule.

Kirmisson ne l'a jamais pratiquée et Sebileau s'élève fortement contre ce procédé. « Anatomiquement je considère, dit-il, que la circulation testiculaire a la signification d'une circulation terminale ; l'artère déférentielle peut à la rigueur assurer la circulation vicariante de l'épididyme sur lequel elle se termine, mais je la crois incapable d'en assurer seule la vitalité par les quelques anastomoses qu'elle présente sur l'épididyme avec la terminaison de la spermatique. D'autre part, il est inadmissible qu'après l'orchidopexie puisse s'établir entre le testicule et les bourses une greffe capable de maintenir la vie testiculaire.

Après bistournage chez les animaux, opération qui supprime totalement le pédicule vasculaire, y compris l'artère déférentielle, l'atrophie du testicule ne s'établit que peu à peu à la suite d'une nécrose sèche aseptique.

Cliniquement Sebileau a vu chez des malades, à la suite d'une section malheureuse de l'artère spermatique, apparaître l'atrophie du testicule qui ne s'est d'ailleurs manifestée d'une façon très apparente qu'au bout de plusieurs mois.

Ces faits que cite Sebileau n'auront-ils pas leur vérification chez les opérés qui n'ont été revus que quelques mois après l'opération ?

Que dire du *déroulement de l'épididyme* fait au cours de l'intervention. Nous ne croyons pas cette manœuvre nuisible en quoi que ce soit au bon développement de la glande. Wood le premier avait proposé cette séparation de l'épididyme testiculaire. Le professeur Delbet l'a pratiquée en France en ne conservant que « les adhérences qui se font au sommet de la tête, les seules où passent les vaisseaux spermatiques ». Le Fort la considère comme un expédient utile qu'il faut connaître et ne pas rejeter de parti-pris.

L'étalement de l'épididyme et le déroulement de la partie initiale du canal déférent sont d'ailleurs presque constants dans l'ectopie testiculaire. « Le testicule, dit Villard, semble avoir voulu s'échapper lui-même et continuer sa route malgré la résis-

tance de l'obstacle, pour cela il a développé ses attaches tant qu'il a pu ; le chirurgien arrivera en général trop tard, la nature aura fait tout ce qu'on peut faire pour allonger le cordon ».

Dans les cas rares où cet étalement de l'épididyme n'existe pas et où il sera nécessaire, il faudra le faire avec prudence, car on a bien des chances de détruire les vaisseaux nourriciers de l'épididyme et d'amener rapidement des troubles de la circulation qui produiraient à bref délai la mort du testicule.

En résumé, la libération du cordon est le seul temps important de l'intervention au cours de la cure radicale de l'ectopie testiculaire inguinale. Cette libération se fera sans section de l'artère spermatique et autant que possible sans déroulement de l'épididyme. Faite minutieusement, elle permettra au testicule de reposer sans effort dans sa loge scrotale sans qu'il soit nécessaire de faire ni orchidopexie, ni funiculopexie.

CHAPITRE IV

Ce que l'on peut reprocher a l'orchidopexie

« L'orchidopexie, écrit Duplay, est loin d'avoir donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre. Cela tient en partie à ce que l'on manque de points d'appui suffisants pour fixer le testicule au fond du scrotum ; aussi toutes les fois que le cordon présente une brièveté anormale ou lorsque le chirurgien n'est pas remonté assez haut dans le trajet inguinal pour détruire toutes les adhérences et pour rendre au cordon la longueur normale, on peut être à peu près certain d'essuyer un échec et de voir le testicule malgré toutes les sutures, reprendre sa place en ectopie ».

Nombreux sont les cas où de tels faits se sont produits. Reynier, Marchand, Reclus en rapportent des exemples.

La fixation du testicule au scrotum ou à ses parties voisines, par un fil passé dans l'albuginée n'est-elle pas sans causer quelque dommage à la glande ?

Tuffier démontre chez le chien qu'une piqûre aseptique du testicule ne présente aucun danger. Les faits cliniques sont malheureusement là pour affirmer le contraire.

William Colley rapporte l'observation d'un de ses malades chez qui il fit la fixation intra-scrotale du testicule, fixation bientôt suivie d'une nécrose de la glande.

Marchand (1) présente à la Société de Chirurgie un homme de 27 ans opéré par un de ses collègues et dont le testicule était remonté au niveau de l'anneau inguinal externe en entraînant le scrotum. Un des trajets causé par le point de suture était devenu fistuleux et suppurait depuis l'intervention.

Ziebert, dans un cas opéré à la clinique d'Heidelberg voit évoluer une série d'accidents qui aboutissent à la nécrose de la

(1) Société de Chirurgie, 9 avril 1890.

glande, nécrose expliquée par l'auteur par ce fait que le tissu glandulaire a été altéré par les points de suture qui le traversent et le fixent.

Gérard Marchant (1) rapporte le cas d'un jeune homme de 18 ans opéré pour ectopie testiculaire et dont le testicule fut fixé au scrotum par un fil de soie. Seize mois après l'opération, la glande est le siège de douleurs vives et à la palpation on sent à sa surface quelques nodosités. Ces douleurs deviennent si vives que la castration est jugée nécessaire. L'examen histologique du testicule est pratiqué par M. Morax. Il montre que les fils de soie passés dans la glande au moment de l'orchidopexie étaient entourés d'une zône de tissu embryonnaire très dense et d'une zône externe fibreuse ; ces zônes correspondaient aux points douloureux. Ce tissu cicatriciel qui avait ainsi proliféré étouffant l'élément noble de la glande n'aurait-il pas amené sa déchéance complète. On ne pourra invoquer ici une faute d'opétion, puisque les suites de l'intervention furent normales et que pendant treize mois l'opéré ne ressentit aucun malaise.

Si cette transformation fibreuse de la glande doit être le résultat du passage des fils dans le tissu testiculaire, on comprend que quelques chirurgiens aient placé leur fil en dehors de la glande. M. Jalaguier le place entre l'épididyme et le testicule pour éviter ces accidents.

Quels reproches ne pas faire aux procédés qui non seulement fixent le testicule, mais amènent encore en dehors du scrotum les fils qui l'ont traversé, soit pour les nouer simplement à la surface, soit pour exercer sur eux une traction élastique.

N'y a-t-il pas une porte d'entrée toute trouvée pour l'infection qui remontant le long du fil va causer dans le testicule des désordres graves qui vont diminuer d'autant sa valeur ou même le faire disparaître complètement. Combien sera facile cette infection, puisque dans un cas qui nous a été rapporté, le catgut fixant le testicule au fond du scrotum ayant dépassé un peu les plans superficiels fut le point de départ d'une suppuration qui amena la fonte purulente de la glande.

Cette infection serait évitée si l'on pouvait facilement protéger par un pansement efficace tout le scrotum. Nous savons combien il est difficile surtout chez des enfants d'obtenir un pansement complètement occlusif et que même chez des sujets assez grands, ce pansement se trouve souvent souillé par l'urine.

Pour obvier à ces inconvénients, les procédés prenant point

(1) Société de Chirurgie, 24 juin 1891.

d'appui sur le testicule normalement abaissé en ont créé d'autres. Certes, nous avons pu voir par nous-mêmes que l'amarrage des deux testicules donnait entre les mains de M. Villemin de bons résultats, mais n'y eut-il pas cependant des cas où le testicule ectopié entraînait secondairement avec lui et la cloison des bourses et le testicule sain. Ce passage des deux fils de soie qui unissent les deux testicules est-il inoffensif ? Nous lui faisons le même reproche que dans les procédés précédents, aggravé cependant par ce fait qu'on met la glande jusque-là saine en état d'infériorité physiologique en la rendant susceptible de voir se développer dans son intérieur du tissu de sclérose et de cicatrice qui nuiront à son développement ultérieur.

Combien aseptiquement doit être faite la greffe intertesticulaire de M. Mauclaire si on veut éviter l'infection ! La dissection du petit losange de l'albuginée respecte-t-elle toujours les canaux séminifères sous-jacents, et ne va-t-on pas amener à son niveau la formation d'un tissu de cicatrice qui arrêtera dans leur développement et glande ectopié et glande saine.

Nous n'avons pu trouver la statistique des cas opérés par M. Walther ; nous ne doutons pas que son procédé ait entre ses mains des résultats satisfaisants, mais la crainte de l'étranglement possible du testicute à travers la boutonnière de la cloison n'est-elle pas une raison suffisante pour ne l'employer qu'avec réserves. Comment opérer une ectopie double par ce procédé ?

Ombrédanne remédie à cet inconvénient et par son procédé « trauscrotal » qui n'est que le procédé de M. Walther modifié, l'ectopie double est facilement opérée. Ce procédé peut si le cordon est de longueur suffisante donner de bons résultats, mais si le cordon est court et si la moindre traction doit être faite sur lui ne doit-on pas craindre des accidents.

Dans sa thèse récente, Paris rapporte 15 observations de malades opérés par ce procédé. Sur 13 malades revus, un seul fut revu au bout de six mois, la plupart seize jours à trois mois après l'opération. Peut-on à des dates si rapprochées juger de la valeur d'un procédé et n'assistera-t-on pas à une atrophie graduelle de la glande dont les vaisseaux auront été étranglés au niveau de la boutonnière de la cloison.

Ce n'est pas là le seul accident. Ne nous souvient-il pas avoir vu notre collègue de garde être appelé d'urgence auprès d'un petit malade opéré le matin même d'ectopie double et présentant des phénomènes de rétention aigüe d'urine. C'est que les cordons formant fronde avaient retrouvé leur élasticité et étaient venus comprimer fortement la racine de la verge. De tels acci-

dents ne sont-ils pas toujours à redouter si on a de grandes difficultés à abaisser le testicule et pourquoi ne pas le laisser dans sa loge sans le fixer si on a pu donner au cordon une longueur suffisante pour l'amener à travers la cloison jusqu'en dehors du scrotum, du côté opposé d'où il vient.

Nous ne dirons rien des procédés allant chercher en dehors du scrotum un point d'appui pour le testicule. Tous les reproches précédents peuvent leur être adressés. La fixation de la glande à la cuisse ou au périnée en immobilisant le scrotum condamne en plus le malade à une véritable infirmité.

Les procédés de funiculopexie ont été pour la plupart abandonnés par leurs auteurs eux-mêmes comme ne donnant pas de résultats satisfaisants ; la fixation du cordon aux piliers ou à la paroi a encore quelques partisans.

Dans les observations que nous rapportons et dans celles que nous avons parcourues nous avons trouvé quelquefois les résultats opératoires éloignés meilleurs que dans les premiers temps de l'intervention. Il semble qu'avec le développement de l'enfant, au moment de la puberté surtout, il se fasse un allongement spontané du cordon comme il s'en rencontre dans les faits de descente tardive du testicule ectopié. La glande qu'on aura amenée au niveau de l'anneau inguinal externe peut descendre peu à peu pour prendre sa place normale dans le fond du scrotum. Que va-t-il se passer si le cordon est amarré à des parties fixes, inextensibles comme les piliers et la paroi, et peut-on espérer voir le testicule bénéficier plus tard d'un allongement spontané des éléments de son pédicule.

Aucun reproche analogue ne peut être fait aux procédés sans orchidopexie. La glande est libre ; ses éléments ne sont au contact avec aucun corps étranger. Si l'intervention n'a pu l'amener qu'en avant de l'orifice superficiel, la fermeture soignée du canal inguinal après la cure radicale de la hernie l'empêchera de remonter et elle pourra toujours bénéficier d'une descente tardive qu'il est permis d'escompter d'autant plus qu'elle sera facilitée par la destruction des brides et adhérences qui maintenaient le testicule dans une situation anormale.

CHAPITRE V

Résultats de la Cure radicale sans orchidopexie

Nous n'insisterons pas sur la valeur de ce procédé au point de vue du développement ultérieur du testicule. Aucune crainte de voir un processus cicatriciel enrayer ses fonctions ; tout au contraire est pour lui permettre un accroissement normal si l'opération a eu lieu avant la puberté. — Les chances d'infection sont réduites au minimum et nous n'en trouvons trace dans nos observations.

L'exposé des statistiques des chirurgiens faisant la cure radicale de l'ectopie sans orchidopexie sera la meilleure preuve de la valeur de ce procédé.

Nous trouvons dans la thèse de Fotiadès les résultats éloignés chez onze malades opérés par M. Kirmisson :

9 testicules sont à leur place normale dans les bourses.

1 testicule est situé dans la moitié supérieure du scrotum nettement au-dessous de l'orifice inguinal.

1 testicule est atrophié mais il s'agit ici d'un enfant présentant les signes de l'infantilisme et chez qui le testicule opposé situé au fond du scrotum est plus atrophié que le testicule abaissé.

M. Kirmisson au Congrès de Chirurgie de 1906 publie les résultats de 40 opérés qu'il a pu revoir à des dates variables après l'intervention. De ces 40 malades, 25 ont été examinés par M. Kirmisson lui-même, 15 ont fourni par lettre des résultats assez précis pour qu'on puisse juger de leur état actuel.

Chez 16 malades le testicule est dans les bourses.

Chez 10 malades le testicule est à la racine des bourses.

Chez 10 malades le testicule est resté dans le pli de l'aine.

Rarement le testicule a été trouvé aussi développé que celui du côté opposé ; quelquefois il a subi une atrophie manifeste; deux fois même, il n'a pu être retrouvé.

M. Broca a la statistique suivante :

Sur 138 opérations, 79 malades ont été revus de 1 an à 6 ans après :

31 résultats sont parfaits.

13 testicules se sont atrophiés secondairement.

35 restent hors de l'anneau mais plus ou moins haut dans le scrotum. Cette ectopie extra-inguinale ne s'accompagne ni de douleurs, ni de hernie.

Nous copions intégralement les résultats de William Colley. Les séries de cas comprennent 128 opérations : 25 représentent une ectopie du type inguino-superficiel avec testicule et sac reposant sur l'aponévrose de l'oblique externe. Il y eut 9 cas du type inguino-périnéal.

Il n'y a pas eu de récidive de la hernie sauf dans 2 cas où le testicule fut sacrifié. Dans ces deux cas, les patients étaient des adultes. Chez l'un le testicule fut trouvé très atrophié dans le fond du sac d'une hernie inguino-périnéale volumineuse, chez l'autre il s'agissait d'une ectopie abdominale dans laquelle le testicule ne pouvait être amené au dehors de l'anneau externe.

49 cas ont été suivis de 1 à 15 ans avec les résultats suivants: Sur 19 adultes, le testicule fut trouvé en bonne position dans le scrotum ; chez 8 malades, à l'anneau externe ou non descendu dans les autres cas.

Sur 30 enfants revus, le testicule se trouvait dans le scrotum dans 11 cas ; en dehors de l'anneau externe chez 15, dans le canal ou non senti chez 4 autres.

Les résultats opératoires furent des plus satisfaisants pour Moschcowitz qui pratiqua l'opération de Bévan sur 18 sujets Chez un seul, le testicule s'atrophia à la suite de l'intervention. Chez les autres, il n'y a pas de récidive de hernie et le testicule est libre au fond du scrotum. « En d'autres termes, tous les malades peuvent être considérés comme complètement guéris aussi bien en ce qui concerne le testicule qu'en ce qui concerne la hernie ».

Nous avons exposé dans un tableau qu'on trouvera à la suite de nos observations les résultats chez 72 opérés, aussi les résumerons-nous brièvement dans ce chapitre.

A la sortie du service nous trouvons :

Dans 51 cas, le testicule est au fond des bourses.

Dans 17 cas, le testicule est à la partie moyenne des bourses, nettement au-dessous de l'anneau inguinal.

Dans 4 cas, il s'agissait d'ectopie double, un des testicules

était à sa place normale au fond du scrotum, l'autre était remonté à la partie moyenne des bourses.

Parmi les 26 malades revus, et ils l'ont été de six mois à six ans après l'intervention, les résultats ne sont pas moins bons.

Dans 16 cas, les résultats sont parfaits. Les testicules sont nettement au fond des bourses ; s'ils sont parfois de volume un peu moindre que celui du testicule normalement abaissé, ils sont mobiles, avec leur sensibilité normale et aptes sans doute à remplir leur fonction. Nous n'en voulons pour preuve que le malade de notre observation I qui opéré pour cétopie double eut par la suite deux enfants.

Dans 8 autres cas, les résultats sont bons. Le testicule n'est pas au fond des bourses mais situé à la partie moyenne de celles-ci nettement au-dessous de l'anneau inguinal et dans les meilleures conditions voulues pour son développement puisque dans aucune de nos observations nous ne le trouvons atrophié.

Un autre cas peut être considéré comme excellent. Il s'agit d'une ectopie double. L'un des testicules est nettement au fond du scrotum, le second à la racine des bourses.

Dans un autre cas d'ectopie double, l'un des deux testicules est très atrophié tandis que l'autre a poursui son développement normal.

Deux récidives seulement sont à signaler (nos 12 et 47 de notre tableau). Dans le premier de ces cas, il s'agit d'une ectopie double. Le testicule gauche se laisse facilement abaissé. A droite on a à faire à une ectopie abdominale et c'est avec difficulté qu'on amène le testicule à l'anneau inguinal superficiel. Quand on revoit le malade un an après, les deux testicules sont en situation interstitielle. Dans une nouvelle intervention les testicules s'abaissent très facilement. Nous n'avons pu malheureusement revoir cet opéré.

Le second cas paraît également défavorable. Les deux testicules sont en variété interne. La libération des cordons est des plus laborieuse, et on ne peut amener les glandes qu'au niveau de l'anneau inguinal superficiel.

De quel procédé d'orchidopexie ces deux cas relèverait-il puisque malgré la dissection minutieuse du cordon le testicule n'a pu être amené qu'à la racine des bourses ?

Dans les autres cas, les résultats peuvent être considérés comme satisfaisants ; ils sont une preuve que la libération haute du cordon et la cure radicale de la hernie sont les seuls temps nécessaires de la cure radicale de l'ectopie testiculaire sans qu'il soit besoin ni d'orchidopexie ni de funiculopexie.

OBSERVATIONS [1]

OBSERVATION I

Ectopie double. - Cure radicale. — Guérison.

Sp...., artiste peintre, 21 ans.

Ectopie inguinale interstitielle à droite. Externe à gauche.

Opération le 15 janvier 1906.

On abaisse facilement les deux testicules après libération du cordon.

Le testicule gauche paraît notablement diminué de volume.

Le malade s'est marié en 1907. Le docteur Rieffel l'a revu en 1910. A cette époque les deux testicules situés au fond du scrotum ont augmenté de volume, sont sensibles à la pression et n'ont aucune tendance à remonter vers l'anneau inguinal.

Ce malade est actuellement père de deux enfants. L'un est né en 1909, le second en 1911.

OBSERVATION II

Ectopie droite. - Cure radicale. — Guérison.

René B...., 20 ans, entre dans le service du docteur Rieffel à l'hôpital Saint-Louis, le 29 décembre 1909.

Le testicule du volume d'une grosse olive est situé vers le milieu du canal inguinal où on le sent facilement par la palpation.

Le malade n'a aucun antécédent héréditaire, ni personnel. Il est normalement développé. Le testicule gauche est bien mobile dans la partie gauche du scrotum, la partie droite de celui-ci est un peu rétractée.

(1) Nous ne donnons en entier que les observations des malades revus. Quelqu'unes nous ont été communiquées par notre maître Mr le professeur agrégé Rieffel, les autres ont été prises dans les cahiers d'observations de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital Saint-Louis.

Le testicule ectopié n'est pas douloureux à la palpation qui réveille seulement un peu de sensibilité. Il est parfois le siège d'élancements, de tiraillements spontanés.

On ne trouve pas trace de hernie inguinale.

Le testicule gauche est normalement développé.

L'opération est pratiquée le 31 décembre 1909 par M. le docteur Rieffel par le procédé habituel : incision parallèle à la direction du canal inguinal, ouverture de la paroi antérieure de celui-ci. Le testicule apparaît de consistance un peu molle, du volume d'une olive avec un épididyme occupant sa place normale. On sectionne une bride conjonctive qui le fixait à sa partie inférieure. Le cordon est disséqué soigneusement. Avec un ciseau petit à pointe mousse, on sectionne des brides fibreuses qui se trouvent sur sa face externe ainsi que quelques fibres musculaires ébauche du crémaster. Le vestige du canal vaginopéritonéal étant sectionné, on pousse très loin la dissection du cordon en décollant le péritoine pariétal. Il n'est pas nécessaire de faire la section d'aucun des vaisseaux du pédicule ni de dérouler l'épididyme. Le cordon libéré de toutes les adhérences est de longueur suffisante pour que le testicule descende de lui-même à la partie inférieure du scrotum. La partie droite de celui-ci est effondrée avec le doigt qui y creuse une logette où le testicule se maintient sans aucun effort.

On fait alors un Bassini : la suture de l'arcade crurale et du tendon conjoint est faite au-dessus du cordon et le point inférieur est placé le plus près possible du pubis. Suture des deux piliers et de la peau. Il n'est fait aucune orchidopexie.

Les veines du cordon ayant un peu saigné, on place un drain qui est enlevé quarante-huit heures après l'intervention.

Les suites de l'opération furent des plus normales. Les fils sont enlevés au cinquième jour. Le malade sort le quatorzième jour. A ce moment le testicule semble bien en place et ne paraît pas avoir tendance à remonter.

Le malade est revu au mois de Mars 1912, plus de deux ans après l'intervention. Les résultats sont en tous points excellents.

Le testicule situé après l'opération dans le fond des bourses n'a jamais eu tendance à remonter vers le canal inguinal. Son volume a notablement augmenté et est presque égal à celui du testicule normalement abaissé.

On est surtout frappé par le fait que le testicule ectopié a acquis peu à peu après l'opération la consistance et la sensibilité du testicule du côté opposé ce qui permet de penser que

ses fonctions physiologiques existent. Le malade a d'ailleurs une vie génitale des plus normales, à aucun moment le testicule abaissé ne fut le siège de douleur quelconque.

OBSERVATION III

Ectopie inguinale double. — Cure radicale

Emile Q...., 15 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 5 Janvier 1905. Antécédents héréditaires : Néant. Pas d'antécédents personnels.

Le scrotum est relativement développé ainsi que la verge, mais les deux testicules sont situés dans le canal inguinal.

Le testicule droit est assez mobile et peut être descendu par traction jusqu'à l'orifice inguinal superficiel.

Le gauche semble situé très haut et on ne réussit qu'à l'abaisser fort peu.

L'enfant ne souffre pas à proprement parler : il se plaint seulement d'éprouver parfois certains tiraillements douloureux dans l'aine gauche.

L'opération est pratiquée le 10 janvier par M. le Dr Rieffel. Incision des plans suivant le grand axe du canal inguinal : section des plans superficiels.

Très longue incision de l'aponévrose du grand oblique. On écarte les deux lèvres de la plaie, on refoule le bord inférieur des muscles du petit oblique et transverse et l'on attire à soi le testicule et son cordon.

On libère ce dernier de tous les tractus cellulo-fibreux qui le rattachent au plan profond.

On sectionne également une sorte de gubernaculum qui fixe le pôle inférieur du testicule à la partie supérieure du canal inguinal, puis l'on incise la fibreuse commune.

Il n'existe pas de hernie concomittante.

Il n'existe en haut des deux côtés qu'un petit cul-de-sac péritonéal et en bas une sorte de lamelle large de quelques millimètres, descendant jusqu'au testicule et représentant le processus péritonéo-vaginal. On étale le cordon. On le sépare complètement du petit cul-de-sac péritonéal dont on poursuit la dissection jusqu'à la partie profonde de l'orifice profond du canal inguinal.

On sectionne alors tous les tractus fibreux qui relient les éléments du cordon entre eux, ainsi que le processus péritonéo-vaginal.

La vaginale a été ouverte, on ne la referme pas. Avec l'index

qui refoule tout le tissu et s'en coiffe en s'engageant au niveau de la racine des bourses, on crée deux loges scrotales destinées à recevoir les testicules.

L'abaissement du côté droit se fait facilement.

Du côté gauche il est beaucoup plus difficile.

On est forcé de faire une dissection extrêmement minutieuse de tous les éléments du cordon, à l'aide de petits ciseaux courbes extrêmement fins. On confie le testicule à un aide pendant que l'on crée une loge nouvelle dans le scrotum. On rétrécit l'orifice inguinal superficiel après avoir fixé par un point de catgut 00 les débris du canal péritonéo-vaginal au bord inférieur du petit oblique et du transverse.

L'enfant quitte le service le 26 janvier, les testicules en bonne position.

Revu le 9 janvier 1906, résultat excellent, testicules développés, durs, très mobiles au fond du scrotum avec leur sensibilité normale.

OBSERVATION IV

Ectopie testiculaire gauche avec pointe de hernie. — Hernie inguinale droite. — Cure radicale. — Guérison.

Georges C...., 8 ans, entré à l'hôpital Trousseau le 1er mai 1905.

Examen. — Du côté droit, il existe une hernie inguinale assez marquée, mais le testicule est en position normale.

Du côté gauche, le testicule est absent des bourses, on le sent dans la partie supérieure du canal inguinal, où il est en partie immobilisé.

De ce côté il existe en outre une petite hernie.

Opération pratiquée le 4 mai par M. le Dr Rieffel.

On commence par faire la cure radicale de la hernie droite.

Du côté gauche, on fait une grande incision intéressant les plans superficiels et l'aponévrose du grand oblique.

On va à la recherche du testicule et du cordon. On les libère de toutes les adhérences qu'ils ont avec les tissus voisins.

On sectionne les fibres du petit oblique et du transverse qui descendent sur le cordon, on dissèque avec soin le petit sac herniaire en le séparant du cordon aussi loin que possible, et on le lie.

Dissection minutieuse de tous les éléments funiculaires.

Création d'une loge scrotale.

Abaissement du testicule dans cette loge, en confiant le cordon à un aide.

Réfection de la paroi.

L'enfant quitte l'hôpital le 22 mai complètement guéri. Revu le 11 janvier 1906. Bon résultat. Testicule gauche au fond du scrotum aussi volumineux que le droit.

OBSERVATION V

Ectopie inguinale gauche. — Cure radicale. — Guérison

Marcel B...., 10 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 15 mai 1905. Il se plaint de douleur dans l'aine gauche avec irradiation dans la cuisse. Ces phénomènes surviennent surtout à la suite de la marche ou d'un effort quelconque.

Il est pâle, amaigri, très peu développé.

Examen de l'appareil génital. — Du côté droit, rien d'anormal ; à gauche, le testicule est absent, on le sent dans le canal inguinal assez haut. Il semble très petit et fort peu mobile.

Opération. — Elle est pratiquée le 20 mai.

Grande incision s'étendant de la racine des bourses à l'anneau inguinal profond.

On incise très largement l'aponévrose du grand oblique et l'on va à la recherche du cordon et du testicule.

Libération de ces deux organes puis sectionnement de tous les tractus cellulo-fibreux qui les rattachent aux tissus voisins.

Dissection minutieuse du cordon, section des fibres crémastériennes du processus vagino-péritonéal et du gubernaculum qui fixait le testicule à peu près au niveau du tiers moyen du canal inguinal.

Création d'une loge scrotale pour le testicule.

Abaissement de ce dernier pendant que l'aide tire sur le cordon.

Il n'existait pas de hernie.

Réfection de la paroi du canal inguinal. Fixation du cordon au petit oblique et au transverse.

L'enfant sort le 4 juin.

Revu le 12 janvier 1906 le résultat est excellent. Le testicule gauche est au fond des bourses plus bas qu'au moment de la sortie de l'hôpital. Il est aussi volumineux que l'autre, dur, lisse, sensible à la pression.

OBSERVATION VI

Ectopie inguinale droite avec hernie inguinale gauche. — Cure radicale. — Guérison.

René D...., 7 ans, entre à l'hôpital le 16 mai 1905.

Examen de l'appareil génital. — A gauche, petite hernie inguinale. Le testicule est également dans le trajet inguinal, mais il se laisse facilement attiré au fond du scrotum.

A droite, le testicule semble à peu près fixé dans la partie moyenne du canal, et le scrotum est atrophié de ce côté.

On intervient le 20 mai.

A gauche, on fait la cure radicale de la hernie et on se contente d'allonger un peu le cordon.

A droite, on sectionne avec soin tous les tractus cellulo-fibreux qui rattachent le cordon aux tissus voisins. On décolle le péritoine aussi haut qu'on le peut.

On crée une poche scrotale et on abaisse le testicule sans trop de peine dans cette poche.

L'enfant sort le 10 juin avec son testicule droit en assez bonne position.

Il est revu 8 mois après l'intervention.

La cicatrice est un peu chéloïdienne du côté droit, mais le testicule est bien au fond du scrotum.

Il est mobile, dur, lisse, assez volumineux et sensible à la pression.

Pas de tiraillement douloureux, pas de tendance à remonter.

OBSERVATION VII

Ectopie inguinale droite avec hernie. — Cure radicale. — Guérison.

Louis B..., 9 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 27 mai 1905.

Examen. — On note l'absence du testicule droit dans le scrotum assez atrophié de ce côté.

La glande génitale est perçue dans le canal inguinal. Elle est assez haut située, et relativement peu mobile.

On ne réussit pas à l'abaisser en faisant quelques tractions sur elle.

Il existe de plus une hernie de ce côté.

Opération. — Elle est pratiquée le 4 juin.

Après ouverture du canal inguinal, on dissèque et on résèque

aussi haut que possible le sac herniaire que l'on a isolé avec beaucoup de difficulté.

Il n'a même pas été possible de le pédiculiser complètement en haut.

On libère le cordon en sectionnant tout ce qui n'est pas le canal déférent, les vaisseaux et les nerfs et en détruisant toutes les adhérences avec les tissus voisins.

On crée une loge scrotale, mais malgré la dissection minutieuse de la tige funiculaire, on n'arrive à amener le testicule qu'à la racine des bourses.

Réfection de la paroi en rétrécissant le plus possible l'orifice inguinal superficiel. L'enfant quitte l'hôpital le 20 juin.

Revu en février 1906. Le testicule est à la racine des bourses aussi volumineux que celui du côté opposé, dur, lisse, sensible à la pression.

OBSERVATION VIII

Ectopie testiculaire double. — Cure radicale. — Guérison.

Paul P..., 8 ans 1/2. Entre à l'hôpital Trousseau le 9 juin 1905.

C'est un enfant d'assez bonne constitution et d'intelligence normale.

Il se plaint d'éprouver de temps en temps quelques douleurs au niveau des aines et dans les cuisses.

Examen de l'appareil génital. — La verge a un volume à peu près normal, mais le scrotum n'existe pour ainsi dire pas et ne contient rien.

On recherche les deux testicules sans parvenir à les sentir nettement. On les soupçonne plutôt qu'on ne les sent à la partie supérieure des trajets inguinaux.

L'opération fut pratiquée le 14 juin.

Là encore, on emploie la même technique :

1° Ouverture très large du canal inguinal ;

2° Recherche des testicules. Ils sont extrêmement petits et très mous ;

3° Libération du cordon aussi complète que possible en le disséquant aussi haut qu'on peut le faire ;

4° Section du bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, ainsi que des fibres qui s'en détachent ; suture également du processus péritonéo-vaginal oblitéré ;

5° Création d'une loge scrotale.

Malgré tous les soins apportés à cette dissection et bien qu'on ait dissocié les éléments du cordon, il est impossible de faire

descendre le testicule droit notablement au-dessous de l'orifice inguinal superficiel. Le testicule gauche est amené presque au fond du scrotum.

Réfection de la paroi après fixation du cordon au petit oblique et au transverse.

L'enfant quitte le service le 30 juin. Le testicule gauche est dans le scrotum, le droit un peu plus haut.

Revu le 12 janvier 1906. Le testicule gauche est bien en place un peu plus bas qu'au départ de l'enfant. A droite, le testicule est resté très petit, il est nettement au-dessous de l'orifice inguinal, mobile et non douloureux.

OBSERVATION IX

Ectopie inguinale droite avec hernie. — Cure radicale. — Guérison.

Edouard V..., 9 ans 1/2. Entre à l'hôpital Trousseau le 10 juin 1905 ; souffre légèrement au niveau de la région inguinale droite.

Examen. — On constate la présence d'une hernie assez volumineuse de ce côté et l'absence du testicule dans la bourse correspondante. Le testicule est perçu dans le trajet inguinal.

Opération. — Elle est pratiquée le 13 juin.

Ouverture très large du canal inguinal. Dissection du sac herniaire. Il contient de l'épiploon que l'on est forcé de réséquer en partie, le cordon et le testicule.

La séparation du sac et de ces organes est assez pénible.

On y parvient cependant et on résèque la poche herniaire après l'avoir liée aussi haut que possible.

Ceci fait, à l'aide de petits ciseaux courbes, on libère avec un soin minutieux le testicule et surtout le cordon de tous les tractus cellulo-fibreux qui les rattachent aux tissus voisins.

On dissèque tous les éléments du cordon.

On crée une poche scrotale comme dans les observations précédentes, et l'on abaisse le testicule autant qu'on le peut.

Il descend assez bien. Le cordon est maintenu par un aide pendant la réfection du canal inguinal.

L'enfant quitte le service le 2 juillet.

Il est revu 7 mois après ; le résultat est bon. Le testicule droit est un peu moins volumineux que le gauche, il est dur, sensible, mobile. Il se trouve à peu près à la partie moyenne du scrotum.

OBSERVATION X

Ectopie testiculaire gauche avec hernie inguinale. — Cure radicale. — Guérison.

W... Albert, 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 3 juillet 1905.

Se plaint de légers tiraillements douloureux au niveau de l'aine gauche.

De ce côté le testicule ne se trouve pas dans les bourses.

On le découvre dans le canal inguinal.

Il existe de plus une petite hernie concomitante.

L'opération est pratiquée le 5 juillet par le Dr Rieffel qui emploie le procédé habituel :

1° Large ouverture du canal inguinal ;

2° Résection du petit sac herniaire ;

3° Dissection très minutieuse du cordon ;

4° Création de la loge scrotale ;

5° Abaissement du testicule ;

6° Reconstitution de la paroi et fixation des débris du canal péritonéo-vaginal au petit oblique et au transverse.

L'enfant quitte le service le 20 juillet.

Revu le 12 janvier 1906. Le testicule gauche est au fond du scrotum, un peu moins volumineux que le droit, mobile, sensible à la pression.

OBSERVATION XI

Ectopie inguinale droite, avec grosse hernie. — Cure radicale. Guérison.

D... Auguste, 7 ans. Entre à l'hôpital Trousseau le 3 juillet 1905, pour hernie inguinale droite volumineuse et pour douleurs vagues, éprouvées au niveau de la hernie.

Examen. — On constate, outre l'existence de cette hernie, l'absence du testicule droit dans les bourses. On ne le sent pas non plus à l'intérieur du canal inguinal.

Opération. — Elle est pratiquée le 7 juillet 1905, par M. le Dr Rieffel, par le même procédé que dans les observations précédentes.

Après l'ouverture du canal inguinal, on découvre le testicule, masqué par la hernie dans le trajet. Il est contenu dans le sac herniaire.

On dissèque ce sac avec assez de peine, et on le résèque.

On libère le cordon aussi haut que possible et on réussit assez bien à chasser la glande génitale.

Réfection de la paroi.

L'enfant sort le 30 juillet complètement guéri.

Revu en février 1906. Le testicule qui, au moment du départ de l'enfant est situé à la racine des bourses, occupe maintenant la partie moyenne du scrotum. Il est aussi volumineux que le testicule gauche, mobile et sensible à la pression.

OBSERVATION XII

Ectopie double avec hernie gauche. — Cure radicale. — Guérison.

Ernest C..., 6 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau le 25 octobre pour cause d'absence de testicule dans les bourses.

Ces dernières, d'ailleurs, sont considérablement atrophiées et l'enfant présente un développement physique assez en retard.

A l'examen on sent très mal les testicules dans les trajets inguinaux ; on les soupçonne plutôt au niveau de la partie supérieure du canal.

L'opération est pratiquée le 4 novembre par M. le Dr Rieffel.

On commence par le côté droit.

Après ouverture du canal inguinal, on découvre le testicule droit très haut, tout près de l'anneau inguinal profond. Il n'y a pas de hernie de ce côté. On dissèque minutieusement le cordon, en décollant le péritoine aussi haut qu'on peut le faire, mais malgré tout on arrive seulement à amener le testicule à la racine du scrotum droit.

On a créé avec assez de mal une poche scrotale.

Restauration de la paroi et fixation du cordon par le procédé habituel.

L'enfant supportant très mal le chloroforme on remet l'opération du côté gauche à une date ultérieure.

On intervient seulement le 20 novembre et l'on procède comme au côté droit.

Il existe une petite hernie dont on lie le sac après l'avoir séparé du cordon.

Le testicule est assez atrophié mais en ectopie un peu moins haute que le droit ; on l'abaisse jusqu'à la racine des bourses.

L'enfant sort le 4 décembre.

Revu un mois après. Les deux testicules sont restés à la racine des bourses, le droit est cependant légèrement descendu depuis le départ du petit malade. Ils sont tous les deux assez mobiles, durs, lisses et sensibles.

OBSERVATION XIII

Ectopie inguinale double avec hernie gauche. — Cure radicale. — Guérison.

Charles B...., 7 ans, entre à l'hôpital le 8 novembre, parce qu'il n'a pas de testicules dans les bourses.

Examen. — Scrotum très atrophié.

Le testicule droit est perçu un peu au-dessus de l'anneau inguinal superficiel.

Il est petit, roule sous le doigt, mais on n'arrive en aucune façon à l'abaisser en tirant sur lui.

A gauche, il existe une grosse hernie et on ne parvient pas à sentir la glande génitale dans le canal inguinal.

L'état général est bon, l'enfant ne se plaint pas de souffrir, il n'existe aucun autre stigmate d'infantilisme.

L'opération est pratiquée le 14 novembre par M. le Dr Rieffel.

A droite, on arrive assez facilement à faire descendre le testicule jusque dans une poche scrotale que l'on a créée. A gauche, on dissèque et on résèque le sac herniaire après ligature.

On libère tous les éléments du cordon aussi minutieusement que possible ; mais, malgré cela, on ne peut abaisser la glande génitale au-dessous de la racine des bourses.

Réfection de la paroi. Fixation du cordon au petit oblique et au transverse.

L'enfant sort le 7 décembre.

On le revoit un mois après l'intervention. Le scrotum est encore peu développé mais les deux testicules sont bien en place, le gauche presque aussi bas que le droit. Ils sont tous deux durs, lisses, sensibles à la pression.

OBSERVATION XIV

Ectopie double. — Cure radicale. — Guérison.

Paul Ch...., 9 ans, entré dans le service du docteur Rieffel, à l'hôpital Trousseau, le 15 mars 1906.

Aucun antécédents héréditaires ou personnels.

Ectopie double. — A l'examen : les testicules ne sont pas nettement sentis à la palpation, ils sont profondément situés dans le canal inguinal plus près de l'orifice profond que de l'orifice superficiel. Les bourses sont petites et retractées. Il n'y a pas apparemment de hernie inguinale.

L'enfant a cependant un développement normal. Il se plaint de douleurs dans la région inguinale surtout le soir.

L'opération est faite le 21 mars par M. le docteur Rieffel par le procédé habituel. Après l'ouverture du canal inguinal droit on trouve le testicule de la grosseur d'une olive à la partie profonde du canal inguinal. A gauche il est de même volume et occupe la même situation ; de ce côté il existe l'amorce d'une hernie et on en fait la cure radicale. Libération facile du cordon de ce côté ; à droite des brides fibreuses sont sectionnées très haut au niveau de l'orifice profond du canal inguinal et cette section jointe à la libération des adhérences voisines permet l'abaissement du testicule.

Pendant que ceux-ci sont confiés à un aide on creuse de chaque côté du scrotum deux loges où les testicules sont placés sans la moindre traction sur le cordon. Réfection de la paroi par un Bassini passant au-dessus du cordon. Suture des piliers et de la peau.

Les suites de l'intervention sont excellentes. L'enfant quitte le service le 8 avril.

Au moment de sa sortie, les testicules sont en place au fond du scrotum et ne semblent pas avoir tendance à remonter.

L'enfant est revu le 12 mai 1907. Plus d'un an après l'intervention.

A gauche le testicule est au fond du scrotum très mobile et n'ayant pas tendance à remonter vers l'anneau inguinal. A droite, le testicule est remonté et se trouve arrêté au niveau de l'anneau inguinal externe, il est par conséquent intra scrotal et semble pouvoir remplir ses fonctions.

OBSERVATION XV

Ectopie droite. — Hernie inguinale. — Cure radicale. — Guérison.

G.... Maurice, 6 ans 1/2, entré dans le service le 7 mai 1906, pour ectopie inguinale droite compliquée de hernie.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

L'enfant paraît chétif, peu développé pour son âge.

A l'examen on trouve à droite une hernie inguinale assez volumineuse qui ne permet pas de sentir le testicule ectopié. Le scrotum du côté droit paraît atrophié.

L'intervention débute par la cure radicale de la hernie dont le sac est réséqué très haut,

Le testicule peu adhérent aux plans voisins descend facilement et il n'est pas besoin de poursuivre sa dissection au-delà de l'orifice profond.

Réfection du canal inguinal par un Bassini. Suture de la peau aux crins de Florence.

Suites opératoires normales. L'enfant sort le 24 mai.

Revu le 9 juin 1907.

Depuis l'intervention l'enfant s'est bien développé. Le testicule droit est un peu plus haut que lors de la sortie de l'hôpital. Cependant il est très mobile, nettement au-dessous de l'orifice inguinal et il semble qu'on puisse considérer ce résultat comme excellent.

OBSERVATION XVI

Ectopie double. — Cure radicale. — Guérison

Th.... Camille, 11 ans 1/2, entré dans le service le 13 mai 1906 pour ectopie double.

L'enfant est normalement constitué. Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

A droite, le testicule est senti en arrière de l'orifice superficiel du canal inguinal.

A gauche, la glande est plus profondément située.

Le scrotum est atrophié.

L'opération a lieu le 16 mai.

A droite, après l'ouverture du canal inguinal et dissection du canal vagino-péritonéal le testicule s'abaisse très facilement et prend sa place dans la loge scrotale qu'on lui a creusée.

A gauche, l'abaissement est encore plus facile. Le testicule et l'épididyme sont augmentés de volume et il y a inversion.

Les deux testicules se maintenant d'eux-mêmes dans les bourses il n'est pas nécessaire de fixer les débris du canal péritonéo-vaginal au tendon du petit oblique et du transverse.

A la sortie de l'enfant le 27 mai, les testicules sont à leur place normale.

Revu le 31 mai 1907. L'enfant s'est très bien développé. Le scrotum a maintenant les dimensions d'un scrotum normal. Les deux testicules en occupent le fond. Ils sont mobiles, sensibles à la pression et n'ont aucune tendance à remonter.

OBSERVATION XVII

Ectopie inguinale droite s'accompagnant de hernie. — Cure radicale. — Guérison.

L.... Julien, 4 ans, entré dans le service le 26 juillet 1906, porteur d'une hernie inguinale droite assez développée.

Le testicule gauche est dans les bourses à sa place normale. Le testicule droit apparaît quelquefois au niveau de l'orifice inguinal quand le petit malade fait des efforts de toux. Le plus souvent il est impalpable.

L'opération a lieu le 28 juillet. Après l'ouverture du canal inguinal, on dissèque attentivement le sac herniaire. Le cordon présente de nombreuses adhérences avec les parois du canal et avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque interne. Ces adhérences étant détruites l'allongement est suffisant pour que le testicule descende facilement dans la loge scrotale qu'on lui a préparée. On fixe par deux points de catgut 00 les débris du canal péritonéo-vaginal au tendon du petit oblique et du transverse.

L'enfant sort de l'hôpital le 14 août. Le testicule est à sa place normale n'ayant aucune tendance à remonter.

L'enfant est revu le 25 mars 1912. Il est actuellement développé comme un enfant de son âge. Les élancement douloureux qui existaient dans le testicule ectopié avant l'intervention ont disparus. Le testicule est mobile, sensible, mais encore un peu atrophié, dans le côté droit du scrotum.

OBSERVATION XVIII

Ectopie droite. - Cure radicale. - Guérison.

Z.... Fernand, 9 ans, entre dans le service le 14 janvier 1908. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Le testicule gauche est normalement descendu dans les bourses. A droite on sent dans le canal inguinal le testicule petit un peu sensible à la pression et ne se mobilisant pas pendant les efforts de toux. Le scrotum est atrophié de ce côté.

L'intervention a lieu le 16 janvier. Rien de particulier à signaler dans les différents temps opératoires. Libérés de leurs adhérences, le cordon et le testicule descendent très facilement ; ce dernier se place sans aucun tiraillement dans le scrotum.

L'enfant sort de l'hôpital le 30 janvier. La plaie opératoire est complètement cicatrisée ; le testicule est mobile au fond des bourses.

Le malade est revu le 27 mars 1912. Actuellement âgé de 13 ans l'enfant paraît encore chétif ; il est petit, mince, sans aucun signe de la puberté. Le scrotum est bien conformé. Le testicule droit qu'on a abaissé est très mobile, il n'a aucune tendance à remonter vers l'anneau. Il est plus développé que le testicule gauche qui est immédiatement sous l'orifice inguinal. Les testicules ont tous deux leur sensibilité normale et nul doute que la puberté les trouvera en état de fonctionner.

OBSERVATION XIX

Ectopie droite avec hernie inguinale. — Cure radicale. — Guérison.

B.... Jean, 12 ans, entre dans le service le 22 octobre 1906, pour ectopie inguinale droite compliquée de hernie. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. L'enfant paraît bien développé pour son âge. Le scrotum est atrophié du côté droit. Le testicule ectopié est senti en avant de la paroi antérieure du canal inguinal. Il est petit, mollasse.

L'intervention débute par la cure radicale de la hernie inguinale. Le sac herniaire présente deux diverticules : un diverticule inguinal et un superficiel.

La cure radicale de la hernie est faite et on dissèque le sac herniaire le plus haut possible. Le testicule, petit, mollasse, est séparé des adhérences qui l'unissaient à la région pubienne. Il est facilement abaissé dans la loge scrotale préparée.

Les suites de l'opération sont normales. L'enfant sort le 18 octobre, le testicule occupant le fond des bourses.

L'enfant est revu le 31 mars 1912, soit 5 ans 1/2 après l'intervention. C'est un jeune homme de 17 ans ½ portant tous les signes de la virilité. Il est grand, robuste, avec une moustache naissante. Ses organes génitaux sont bien développés.

Le testicule droit est à sa place normale au fond du scrotum. Il est de volume un peu moindre que celui du côté opposé et sa consistance est peut-être un peu plus molle. Il est mobile dans la loge scrotale, n'ayant aucune tendance à remonter vers l'anneau inguinal ; sa sensibilité est normale.

OBSERVATION XX

Ectopie testiculaire droite et hernie congénitale. — Cure radicale. — Guérison.

D.... Georges, 9 ans. Entré à l'hôpital Cochin, salle Gosselin (isolement), le 29 août 1904.

Rien de particulier à signaler comme antécédents héréditaires ou personnels. Au mois de juillet 1904 l'enfant se plaint de la jambe et de l'aine droites. La mère s'aperçoit d'une petite tumeur grosse comme une noisette au niveau de la région inguinale droite. Cette tumeur disparaissait quand l'enfant était assis ou couché et reparaissait aussitôt l'enfant debout. Augmentation légère de la tumeur depuis le mois de juillet jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Examen le 29 août 1904. — On trouve une tumeur de la grosseur d'une petite noix siégeant dans la région inguinale droite et se continuant avec la bourse correspondante. Cette tumeur est molle, réductible avec gazouillement sonore subissant l'impulsion de la toux, non douloureuse à la palpation. L'orifice inguinal admet la pulpe de l'index. Le testicule n'existe pas dans la bourse droite mais on peut très bien le sentir au-dessous de la hernie dans le canal inguinal, un peu en arrière de l'orifice cutané.

Opération le 31 août. — On commence par la cure radicale de la hernie. Le sac est extrêmement fin et c'est avec peine qu'on arrive à l'isoler des éléments du cordon. Ligature du sac dont la dissection a été poussée très haut. Le testicule s'abaisse facilement et se place sans effort dans la loge scrotale qu'on lui a préparée. On met deux points de catgut 00 qui unissent les débris du canal vagino-péritonéal au petit oblique et au transverse. On ferme le canal inguinal par un Bassini. Suture de la peau aux crins de Florence. Suites opératoires normales ; les fils sont enlevés au 8e jour. Le petit malade sort le 12 septembre 1904.

L'enfant est revu le 28 septembre 1905. Le testicule est resté dans la position où il avait été placé pendant l'intervention. Il n'occupe pas tout à fait le fond du scrotum, mais est bien au-dessous de l'orifice inguinal. Il ne semble pas avoir tendance à remonter.

OBSERVATION XXI

Ectopie testiculaire droite avec hernie. — Cure radicale. Guérison.

Henri H...., 14 ans, entre dans le service le 27 février 1905.

En 1902, l'enfant a été opéré dans un autre service d'une hernie inguinale double. A gauche, la cure radicale a réussi. A droite, récidive de la hernie ; de ce côté on sent assez facilement le testicule dans la partie supérieure du canal inguinal.

L'opération est pratiquée le 3 mars 1905.

Résection de l'ancienne cicatrice. Cure radicale de la hernie par le procédé habituel. Libération facile du testicule et du cordon. Le testicule tient de lui-même dans la loge scrotale qu'on lui a creusée.

Fermeture du canal inguinal, le point inférieur est placé le plus bas possible.

Le malade sort guéri le 21 mars.

Revu le 9 janvier 1906. Résultat parfait. Testicule droit aussi volumineux que l'autre, mobile au fond du scrotum.

OBSERVATION XXII

Ectopie inguinale droite. — Cure radicale. — Guérison.

Auguste D...., âgé de 9 ans, entre dans le service le 8 avril 1905.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Il se plaint de douleurs vagues dans l'aine et dans la cuisse droite, douleurs exagérées par les mouvements et la marche.

A l'examen, le testicule gauche semble un peu remonté, mais on le fait descendre facilement au fond du scrotum en tirant légèrement sur lui.

Le testicule droit est peu perceptible, il semble siéger au niveau de l'orifice inguinal profond.

L'opération a lieu le 15 avril. Après ouverture du canal inguinal, on est obligé de récliner en haut le bord inférieur du petit oblique et transverse pour trouver le testicule qui se trouve en avant de l'orifice profond.

Dissection du canal péritonéo-vaginal ; après cette dissection que l'on pousse très haut jusque dans la fosse iliaque on gagne une longueur notable qui devient suffisante après libération de quelques brides fibreuses qui retiennent encore le cordon.

Le testicule est placé dans sa loge scrotale. Il se maintient de lui-même au fond des bourses.

Suites opératoires normales.

Revu le 10 janvier 1906. Résultat excellent. Testicule droit aussi volumineux que le gauche, au fond du scrotum, mobile, sensible.

OBSERVATION XXIII

Ectopie inguinale double avec hernie à droite. — Cure radicale. — Guérison.

Julien R..., 10 ans, entre dans le service le 10 avril 1905.

Scrotum rudimentaire ne contenant pas de testicule. A droite, petite hernie inguinale, on sent le testicule dans le trajet inguinal. A gauche, on ne sent absolument rien.

Lors de l'intervention, le testicule droit est facilement trouvé et libéré de ses adhérences, il repose sans effort dans la loge scrotale qu'on lui a creusée.

A gauche, on ne trouve ni cordon ni testicule aussi haut que l'on remonte dans le trajet inguinal : il s'agit probablement d'une ectopie abdominale.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires normales. L'enfant quitte le service le 30 avril.

Revu le 9 janvier 1906. Bon résultat. Le testicule droit est situé presque à la base du scrotum, il est gros, dur, sensible.

OBSERVATION XXIV

Ectopie inguinale gauche avec hernie. — Cure radicale. — Guérison.

Jean Baptiste M..., 10 ans 1/2, entre le 17 avril 1905.

Du côté gauche, atrophie du scrotum avec absence du testicule ; on trouve ce dernier à la partie supérieure du canal inguinal.

De plus il existe une hernie assez volumineuse.

L'opération est pratiquée le 1er mai.

Incision de la paroi antérieure du canal inguinal.

Résection du sac herniaire aussi haut qu'on a pu le faire.

Libération du cordon et du testicule aussi complète que possible et remontant jusqu'à l'anneau inguinal profond. Section de tous les tractus fibreux et des fibres crémastériennes.

Dissection minutieuse des éléments du cordon.

Création d'une loge scrotale. Malgré tous les efforts, le testicule ne descend pas jusqu'au fond du scrotum.

On refait la paroi et l'on fixe les débris du canal péritonéo-vaginal au petit oblique et au tranverse.

L'enfant sort quinze jours après l'opération.

Revu le 12 janvier, c'est-à-dire huit mois et demi après l'opération.

Bon résultat. Le testicule gauche est volumineux, dur, sensible ; il se trouve à peu près au niveau du tiers supérieur du scrotum.

OBSERVATION XXV

Ectopie droite. — Cure radicale. — Guérison.

Louis M..., 12 ans, entre dans le service le 17 juin 1907.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Le testicule gauche est nettement mobile à la partie inférieure du scrotum. A droite, on sent derrière l'anneau inguinal superficiel, une petite masse mobile que l'on perçoit nettement quand le malade fait des efforts de toux. Ce testicule ectopié est le siège de douleurs fréquentes depuis plusieurs semaines.

Intervention le 20 juin. Après avoir sectionné les brides qui retiennent le testicule au pubis, on libère facilement le cordon des adhérences qu'il présente à la face profonde du canal. Le testicule repose sans aucun effort dans la loge scrotale.

L'enfant quitte le service le 28 juillet. Le testicule est à sa place normale et n'a pas tendance à remonter vers l'anneau inguinal.

Le malade est revu en décembre 1907, six mois après l'intervention. Le testicule droit est aussi volumineux que le gauche. Il est au fond du scrotum très mobile et semble avoir sa sensibilité normale.

OBSERVATION XXVI

Ectopie droite. — Cure radicale. — Guérison.

Léon V..., 11 ans. Entre dans le service le 17 juin 1907.

Rien à signaler dans les antécédents. L'enfant est peu développé pour son âge, il est peu intelligent.

Le testicule gauche est normal comme volume, mais est situé à la racine des bourses. On sent difficilement le testicule droit à la partie toute externe du canal inguinal.

L'intervention à lieu le 19 juin. A l'ouverture du canal ingui-

nal, on trouve un testicule petit, très mou avec un épididyme déroulé. Malgré sa situation profonde, il est facilement amené dans le scrotum. On fixe par un point de catgut les débris du canal péritonéo-vaginal à la partie inférieure du petit oblique et du transverse.

Les suites opératoires furent normales. On constate un léger hématome des bourses.

L'enfant quitte le service le 30 juin. Le testicule est à sa place normale.

Le malade est revu en décembre 1907. Nous n'avons pas de détail précis sur son état : résultat parfait, dit l'observation.

TABLEAU

DES

OBSERVATIONS

Nos	Initiales	AGE des Malades	Observation	DIAGNOSTIC	DATE de l'Opération	Particularités de l'Opération
1	Emile Q..	14 ans 1/2	Obs. III	Ectopie double	Janvier 1905	Testicule droit peut être descendu jusqu'à l'anneau inguinal externe. Testicule gauche descend facilement.
2	Georges C..	8 ans	Obs. IV	Ectopie gauche avec pointe de hernie	Mai 1905	Testicule descend facilement.
3	Marcel B..	12 ans	Obs. V	Ectopie gauche	Mai 1905	Rien à signaler.
4	René D..	7 ans	Obs. VI	Ectopie double	Mai 1905	» »
5	Henri M..	6 ans 1/2	Obs VI	Ectopie gauche avec hernie	Mai 1905	» »
6	Louis B..	9 ans	Obs. VII	Ectopie droite avec hernie	Mai 1905	» »
7	Paul G..	8 ans	Obs VIII	Ectopie double	Juin 1905	La dissection des cordons doit être poussée très loin. Les 2 testicules paraissent atrophiés.
8	Edouard V..	9 ans 1/2	Obs IX	Ectopie droite avec grosse hernie	Juin 1905	Cordon et testicule sont compris dans le sac herniaire qui contient de l'épiploon qui est réséqué.
9	Albert W..	7 ans	Obs. X	Ectopie gauche avec hernie	Juin 1905	Rien à signaler.
10	Auguste D..	7 ans	Obs. XI	Ectopie droite avec grosse hernie	Juillet 1905	» »
11	Albert T..	5 ans 1/2		Ectopie droite avec hernie	Juillet 1905	» »
12	Robert M..	7 ans		Ectopie double	Juillet 1905	Abaissement du testicule assez facile à gauche. A droite il est dans le ventre et on parvient à l'amener seulement à l'anneau inguinal superficiel.
13	Ernest C..	6 ans 1/2	Obs. XII	Ectopie double	Novemb. 1905	Libération du testicule droit laborieux car il est placé très haut. On enlève les débris de la gaine péricanaliculaire à la partie inférieure du petit oblique et du transverse.
14	Charles B..	7 ans	Obs XIII	Ectopie double et hernie inguinale gauche.	Novemb. 1905	Rien à signaler.

ETAT DU MALADE A SA SORTIE	DATE où le malade fut revu	RÉSULTAT DÉFINITIF
Testicules en bonne position	Janvier 1906	Testicules au fond du scrotum
Bon résultat	Janvier 1906	Testicule au fond du scrotum aussi volumineux que le droit.
»	Janvier 1906	Testicule au fond du scrotum
icule gauche nettement au fond du m. Testicule droit à la partie ne.	Janvier 1906	Les 2 testicules sont au fond des bourses
Testicule au fond du scrotum	Non revu	
ule à la partie moyenne des bourses	Janvier 1906	Testicule à la racine des bourses aussi volumineux que celui du côté opposé.
icules semblent devoir garder leur normale.	Février 1906	Les 2 testicules sont au fond du scrotum. Le gauche a augmenté de volume. Le droit est très atrophié.
Testicule à sa place normale	Février 1906	Testicule à la partie moyenne du scrotum, dur, sensible.
Bon résultat	Janvier 1906	Testicule au fond du scrotum, moins volumineux que le droit.
» »	Janvier 1906	Testicule à la partie moyenne du scrotum.
» »	Non revu	
icules sont à la partie moyenne ourses.	Février 1906	Les 2 testicules sont remontés vers l'anneau inguinal. Le malade est réopéré le 25 Février. Les testicules s'abaissent très facilement surtout le droit (Le malade n'a pu être revu depuis).
Résultat semble très bon	Décemb. 1906	Testicules sont à la racine des bourses.
Bon résultat	Janvier 1906	Testicules en place et n'ayant aucune tendance à remonter.

Nos	Initiales	AGE des Malades	Observation	DIAGNOSTIC	DATE de l'Opération	Particularités de l'Opération
15	Pierre L..	7 ans		Ectopie double	Novemb. 1905	Après dissection soigneuse du cordon les testicules viennent se placer d'eux-mêmes dans les bourses.
16	Paul Ch .	9 ans	Obs XIV	Ectopie double	Mars 1906	Rien à signaler.
17	Charles D..	7 ans		Ectopie gauche	Mars 1906	Grande facilité de descente du testicule après libération du cordon.
18	Marcel D..	6 ans		Ectopie droite	Mars 1906	Rien à signaler.
19	Albert Q..	6 ans		Ectopie droite	Avril 1906	» »
20	Maurice G .	6 ans 1/2	Obs. XV	Ectopie droite et hernie inguinale.	Mai 1906	On fixe les bords du canal péritonéo-vaginal à la partie inférieure du petit oblique et du transverse.
21	Camille T..	11 ans 1/2	Obs XVI	Ectopie double	Mai 1906	Il y a inversion du testicule avec augmentation de volume du testicule et de l'épididyme.
22	Georges L..	6 ans		Ectopie gauche	Mai 1906	Testicule descend très facilement dans le scrotum.
23	Charles B..	10 ans 1/2		Ectopie gauche et hernie	Juillet 1906	Adhérence du cordon au pubis par sa face postérieure.
24	Julien L..	4 ans	O. XVII	Ectopie droite et hernie	Juillet 1906	Adhérences nombreuses du cordon aux parois du canal inguinal. Le testicule est atrophié.
25	Jean B..	12 ans	Ob. XIX	Ectopie droite et hernie	Octobre 1906	Testicule en avant du paroi antérieure du canal inguinal. Sac herniaire présente 2 diverticules.
26	Léon P..	12 ans		Ectopie double	Octobre 1906	Rien à signaler.
27	Louis D..	14 a. 1/2		Ectopie gauche avec hydrocèle. Hernie inguinale double.	Novemb. 1906	Testicule très atrophié.
28	Eugène S..	14 ans		Ectopie droite avec hernie	Février 1907	Le cordon est fixé à la partie inférieure du petit oblique du transverse.

ETAT DU MALADE A SA SORTIE	DATE où le malade fut revu	RÉSULTAT DÉFINITIF
Testicules sont au fond des bourses	Non revu	
Bon résultat	Mai 1906	Testicules au fond du scrotum à droite, arrêté à l'anneau inguinal à gauche.
Testicule à sa place normale, mais dans s jours qui suivent l'intervention, on onstate de l'œdème du scrotum et du onflement douloureux du testicule.	Non revu	
Bon résultat	Non revu	
» »	» »	
» »	Juin 1907	Testicules occupent leur place normale dans le scrotum.
Bon résultat	Mai 1907	Testicules sont à leur place normale.
Bon résultat	Non revu	
esticule à partie moyenne du scrotum	» »	
Testicule en place normale	Mars 1912	Testicule à partie moyenne du scrotum. Volume presque égal à celui du testicule gauche.
Bon résultat	Mars 1912	Testicule mobile dans le scrotum un peu plus petit que le gauche, mais de sensibilité normale.
Testicule droit au fond des bourses. esticule gauche au niveau de l'anneau.	Non revu	
Testicule à la partie moyenne des ourses	Non revu	
Testicule est à sa place normale.	Non revu	

Nos	Initiales	AGE des Malades	Observation	DIAGNOSTIC	DATE de l'Opération	Particularités de l'Opération
29	Louis M..	12 ans	Ob.xxv	Ectopie droite	Juin 1907	Rien à signaler
30	Charles R..	11 ans		Ectopie gauche	Février 1907	Après ouverture du canal inguinal on trouve l'épididyme et le canal déférent totalement séparés du testicule, qui est lui-même fortement retenu contre le paroi abdominale antérieure. Après libération du canal péritoneo - vaginal, on arrive avec difficulté à amener le testicule à la racine des bourses. 2 points de suture unissent les débris de fibreuse à la partie inférieure du petit oblique et du transverse.
31	Léon V..	11 ans	Ob.xxvi	Ectopie droite	Juin 1907	Testicule très atrophié.
32	Pierre W..	4 ans		Ectopie droite avec hernie	Sept. 1907	Pas d'orifice superficiel du canal inguinal. Dissection du sac herniaire difficile. On creuse une loge à travers le grand oblique. Testicule ne peut être amené qu'au-dessous de l'anneau inguinal
33	Marcel R .	13 ans		Ectopie double	Octobre 1907	Testicule descend facilement à droite, à gauche on fixe les vestiges du canal péritoneo-vaginal au petit oblique et au transverse.
34	Fernand Z..	9 ans	Ob.xvii	Ectopie droite	Janvier 1908	Rien à signaler
35	Georges C..	13 ans		Ectopie gauche	Octobre 1907	Abaissement très facile du testicule.
36	Paul M..	7 ans		Ectopie gauche	Novemb. 1907	Testicule facilement abaissable. Une bride externe assez forte retient le cordon dans la fosse iliaque.

ÉTAT DU MALADE A SA SORTIE	DATE où le malade fut revu	RÉSULTAT DÉFINITIF
Bon résultat	Décemb. 1907	Testicule droit aussi volumineux que le gauche. Il est au fond du scrotum très mobile et avec sa sensibilité normale.
Le testicule est nettement senti au-dessous de l'anneau inguinal, à la racine des bourses.	Non revu	
Bon résultat	Décemb. 1907	Résultat parfait
e testicule occupe la racine des bourses	Non revu	
Testicule droit au fond du scrotum. Testicule gauche à la racine des bourses.	Non revu	
Bon résultat	Mars 1912	Le testicule droit est à sa place normale, un peu plus développé que le gauche que l'on trouve remonté au-dessous de l'anneau inguinal.
Le testicule est au fond du scrotum	Non revu	
l'esticule à la partie moyenne des bourses	Non revu	

Nos	Initiales	AGE des Malades	Observation	DIAGNOSTIG	DATE de l'Opération	Particularités de l'Opération
37	René Ch..	12 ans		Ectopie gauche	Novemb. 1907	Testicule complètement abaissé à la suite de l'ouverture et de l'ablation d'une partie du canal vagino-péritonéal.
38	Henri W..	12 ans		Ectopie double	Novemb 1907	Descente facile. On fixe des 2 côtés les débris de fibreuse à la partie inférieure du petit oblique et du transverse.
39	Lucien D..	15 ans		Ectopie droite	Décemb. 1907	Testicule éctopié est gros ecchymotique ; descente facile.
4	Sp...	21 ans	Obs. I	Ectopie double	Janvier 1906	Abaissement facile des 2 testicules. Le testicule gauche paraît notablement diminué de volume.
41	Victor D..	10 ans 1/2		Ectopie gauche	Février 1908	Rien à signaler
42	André F..	9 ans 1/2		Ectopie droite. Hernie inguinale gauche	Février 1908	» »
43	René G..	5 ans		Ectopie droite avec grosse hernie.	Mars 1908	» »
44	Charles M..	13 ans		Ectopie double	Mars 1907	*A droite*, absence d'orifice inguinal externe. Très haut dans le canal inguinal, perdu dans l'épaisseur des fibres du petit oblique, se trouve l'appareil testiculaire réduit à un canal déférent. On reconnaît l'épididyme. Autour se trouvent 3 ou 4 petites masses aplaties paraissant être du tissu testiculaire ou de petits ganglions. On réséque le tout. *A gauche*, on trouve le testicule en ectopie abdominale retro-inguinale. Il est très développé, difficile à abaisser. Les vestiges fibreux de l'enveloppe du cordon sont fixés au bord inférieur du petit oblique et du transverse.

ETAT DU MALADE A SA SORTIE	DATE où le malade fut revu	RÉSULTAT DÉFINITIF
Testicule au fond des bourses	Non revu	
esticule gauche au fond des bourses esticule droit à la partie moyenne du otum.	Non revu	
Bon résultat	Non revu	
2 testicules sont au fond du scrotum	Mars 1910	Les 2 testicules situés au fond du scrotum ont augmenté de volume, sont sensibles à la pression et n'ont aucune tendance à remonter vers l'anneau inguinal. Un enfant en 1909, un autre en 1911.
Bon résultat	Non revu	
» »	» »	
esticules à la partie moyenne des irses	» »	
testicule gauche est à la racine des irses.	» »	

Nos	Initiales	AGE des Malades	Observation	DIAGNOSTIC	DATE de l'Opération	Particularités de l'Opération
45	André B .	11 ans		Ectopie droite avec hernie	Mars 1908	Testicule petit dan le canal, difficilemen abaissable.
46	Lucien Th.	9 ans		Ectopie gauche	Avril 1908	Rien à signaler
47	Marcel G .	12 ans		Ectopie double	Mai 1908	Les 2 testicule sont très profondé ment situés et la lib ration du cordon e des plus laborieuse On les amène diffic lement à l'annea inguinal externe.
48	Maximilien H	13 a 1|2		Ectopie gauche avec hernie	Mai 1908	Abaissement faci du testicule.
49	Georges M..	10 ans		Ectopie double	Juin 1908	Les cordons so fixés par 2 points bord inférieur d petit oblique et d transverse.
50	Georges H..	13 ans		Ectopie double	Juin 1908	Scrotum très peti Après effondremer au doigt, il a peine loger les 2 testicules Pas de cul-de-sa péritonéal à réséque
51	Lucien Th..	9 ans		Ectopie gauche	Juin 1908	Dissection faci des éléments du co don. On ne trouv pas de diverticu péritonéal.
52	Emile C..	10 ans		Ectopie gauche avec hernie	Mai 1908	Rien à signaler
53	Marcel M..	7 ans 1|2		Ectopie droite avec hernie	Juin 1908	Large sac herniair communiquant avc le vaginale.
54	Georges B..	7 ans 1|2		Ectopie double	Juillet 1908	Rien à signaler
55	Emile Le S..	12 ans		Ectopie double	Sept. 1908	Suture des débr du canal péritonéo vaginal au petit obl que.
56	Georges B..	13 ans		Ectopie gauche	Octobre 1908	Rien à signaler
57	Pierre P..	6 ans 1|2		Ectopie double	Octobre 1908	» »
58	Charles B..	9 ans 1|2		Ectopie gauche	Octobre 1908	» »
59	Henri V..	10 ans 1|2		Ectopie double	Octobre 1908	» »
60	Maurice P..	10 ans 1|2		Ectopie double	Décemb. 1908	» »
61	Lucien M..	10 ans		Ectopie double	Décemb. 1908	» »
62	Arthur G..	12 ans 1|2		Ectopie gauche	Janvier 1909	» »

ETAT DU MALADE A SA SORTIE	DATE où le malade fut revu	RÉSULTAT DÉFINITIF
Testicules à la racine des bourses	Non revu	
Bon résultat	» »	
Les testicules sont à la racine des bourses.	Octobre 1908	Récidive de l'estopie Le testicule droit sort du canal pendant les efforts de toux Le testicule gauche a repris la même situation qu'avant l'opération.
Bon résultat	Non revu	
Testicule gauche au fond des bourses. Testicule droit à la partie moyenne du scrotum.	» »	
Les 2 testicules sont appliqués contre l'anneau inguinal externe.	» »	
Bon résultat	» »	
Testicule au fond des bourses	» »	
Bon résultat	» »	
» »	» »	
Les 2 testicules sont au fond des bourses	» »	
Bon résultat	» »	
Testicule droit légèrement remonté vers la racine des bourses.	» »	
Bon résultat	» »	
Les 2 testicules sont nettement au fond du scrotum.	» »	
Résultat semble devoir être satisfaisant	» »	
Bon résultat	» »	
» »	» »	

N°s	Initiales	AGE des Malades	Observation	DIAGNOSTIC	DATE de l'Opération	Particularités de l'Opération
63	Julien C..	8 ans		Ectopie droite	Janvier 1909	Rien à signaler
64	Fernand G..	9 ans 1/2		Ectopie gauche avec pointe de hernie.	Février 1909	» »
65	Gustave L..	12 ans		Ectopie droite	Février 1909	» »
66	Camille C..	12 ans		Ectopie gauche avec hernie	Février 1909	» »
67	René B..	20 ans	Obs. II	Ectopie droite	Décemb. 1909	Le testicule est e position interstitielle il adhère par so pole inférieur. Disse tion haute du cordo jusque dans la foss iliaque interne.
68	Georges D..	9 ans	Ob. XX	Ectopie droite avec hernie	Août 1904	Sac de la herni extrêmement fin e difficile à isoler de éléments du cordon Fixation des débri du canal péritonéo vaginal au petit obl que.
69	Henri H..	14 ans	Ob. XXI	Ectopie droite avec hernie	Février 1905	Rien à signaler
70	Auguste D..	9 ans	Obs XXII	Ectopie droite	Avril 1905	Rien à signaler
71	Julien R..	10 ans	Obs XXIII	Ectopie double avec hernie droite	Avril 1905	*A droite*, libératio facile et descente d testicule dans la log scrotal. *A gauche*, on n trouve trace de co don ni de testicul dans le trajet ingu nal. Ectopie abdo minale sans doute.
72	Jean M..	10 ans	Obs XXIV	Ectopie gauche avec hernie	Avril 1905	Testicule ne pe être amené qu'à l racine des bourses.

ETAT DU MALADE A SA SORTIE	DATE où le malade fut revu	RÉSULTAT DÉFINITIF
Bon résultat	Non revu	
» »	» »	
» »	» »	
» »		
Testicule à sa place normale et n'a aucune tendance à remonter.	Mars 1912	Testicule en bonne position. Volume a augmenté depuis l'intervention et est presque égal à celui du testicule normalement abaissé. Il a la consistance et la sensibilité de celui du côté opposé.
Testicule à sa place normale.	Septem. 1905	Testicule n'est pas tout à fait dans le fond des bourses. Il est très nettement au-dessous du canal inguinal. On prescrit un petit bandage de contention.
Bon résultat	Janvier 1906	Testicule aussi volumineux que le gauche, au fond du scrotum.
Testicule à la partie moyenne du scrotum.	Janvier 1906	Testicule de volume normal au fond du scrotum.
Bon résultat	Janvier 1906	Testicule droit presque à la base du scrotum. Il est dur, lisse et sensible à la pression.
Même résultat qu'après l'intervention	Janvier 1906	Testicule occupe 1/3 supérieur du scrotum

CONCLUSIONS

1° Bien que les examens histologiques de testicules ectopiés semblent démontrer que le développement du tissu interstitiel soit un obstacle à la spermatogénèse, on tentera toujours de faire la cure radicale de l'ectopie. Elle sera faite de préférence vers l'âge de la puberté entre dix et treize ans. La présence d'une ectopie double et surtout la coexistence d'une hernie peuvent faire abaisser l'âge de l'intervention qui aura lieu dès que l'enfant sera propre.

2° De nombreux procédés d'orchidopexie sont actuellement employés. Ils peuvent se grouper en 3 classes :

a) Les uns cherchent un point d'appui dans le scrotum : parois des bourses, cloison scrotale, testicule du côté opposé soit par simple amarrage soit par greffe intertesticulaire.

b) Les autres fixent le testicule en dehors des bourses : suture au périné ou à la cuisse ; traction élastique prenant point d'appui sur le membre inférieur ou sur une cage métallique.

c) Les troisièmes enfin substituent la funiculopexie à l'orchidopexie.

3° La cure radicale de l'ectopie peut se faire sans orchidopexie.

Les deux temps principaux de l'intervention doivent être faits très attentivement : dissection haute du cordon, cure radicale de la hernie existante ou amorcée. Le testicule amené *sans effort* au-dessous du scrotum n'aura pas de tendance à remonter vers l'anneau inguinal qui est d'ailleurs soigneusement fermé par suture de l'arcade crurale avec petit oblique et transverse au-dessus des éléments du cordon.

La dissection du canal déférent et de ses pédicules vasculaires sera faite avec le plus grand soin. On sera autorisé à sectionner quelques veines entre deux ligatures. Jamais il ne faudra

sectionner l'artère spermatique. Le déroulement de l'épididyme pourra dans certains cas permettre un abaissement plus prononcé de la glande ectopiée.

4° Chez certains sujets, on pourra fixer par un point ou deux au catgut 00 les vestiges du canal péritonéo-vaginal à quelques fibres du petit oblique et du transverse, paroi très élastique. Cette fixation est illusoire mais elle pourra cependant permettre au cordon de se créer une nouvelle ébauche du crémaster qu'a détruit la dissection.

5° Les procédés d'orchidopexie prenant point d'attache sur le testicule lui-même ont contre eux avec l'infection toujours possible la formation de tissu de cicatrice qui peut étouffer l'élément noble de la glande et empêcher son développement ultérieur. Une atrophie lente, comme celle qu'on rencontre dans le bistournage peut survenir par étranglement du cordon dans la boutonnière de la cloison, dans les procédés se servant de celle-ci comme point d'appui.

6° Les résultats obtenus sans orchidopexie peuvent être considérés comme des plus satisfaisants. Un seul obstacle à sa réalisation est la brièveté congénitale du cordon contre laquelle lutterait vainement tout procédé d'orchidopexie ou de funiculopexie..

BIBLIOGRAPHIE

Anschütz. — Verhandl der deutschen Gesellschaft für Chir. 14-17 avril 1909.

Arcoleo. — Osp. di Palermo Boll trimest. 1909 II. p. 13-16.

Auvray. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 734-737.

Barpi. — Centralblatt für Kinderh. Leipzig. 1896.

Bartlett. — « Retrained Testes ». Médical Record. 1892.p. 462.

Baudet. — Congrès français de Chirurgie 1906. p. 749-753.

Bayer. — Centralblatt für Kinderheidkunde. 1896.

Bazy. — Bulletin de la Société de Chirurgie. 1902. p. 758.

Beck. — Med. Record. 12 août 1905.

Beigel. — Archives de Virchow, XXXVIII. p. 144.

Bennet. — The Lancet. 7 mars 1891.

Berg J. — Verhandl der Deutschen Gesellschaft für. Chir. 14-17 avril 1909.

Berger. — Revue Générale de Clinique et Thérapeutique. 1908. XXII. p. 19.

Société de Chirurgie. 4 janvier 1893. 17 avril 1889.

Bernis. — « Traitement de l'ectopie testiculaire ». Thèse de Paris 1894-1895, n° 164.

Bevan. — Journal of Américc. Méd. Assoc. 23 septembre 1899. 19 septembre 1903.

Bezançon. — « Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement ». Thèse de Paris. 29 Juin (1891-1892), n° 231.

Bidwell. — The Lancet. 17 Juin 1893. p. 1439-1440.

Blake. — Soc. de Chir. de New-York. Annals of Surgery. 1908. p. 469.

Bland Sutton. — « Valeur du testicule ectopique ». The Practitionner. Tome LXXXIV n° 7. Janvier 1910. p. 19 à 31.

Bonnes. — Traitement précoce de l'ectopie testiculaire par ingestion de corps thyroïde. »
Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux. T. XXX, n° 41. 10 Octobre 1909.

Bousquet. — Congrès français de Chirurgie 1906. p. 711.

Brault. — Gaz. des Hôpitaux. 12 Avril 1910.

Broca. — Gaz. des Hôpitaux 1899. Page 315. « Traitement de l'ectopie testiculaire ».
Bulletin de la Société de Pédiatrie. Mars 1899.
Bulletin de la Soc. de Chirurgie. 1902. Séance du 2 Juillet, p. 760.

Brodnas. — « A retracted testicle ». Charlotte méd. journ. 1895. p. 995-997.

Brown. — « On malposition of the testicle ». Indian Med. Record. Calcutta. 1891. p. 546.

Bruch (de Tunis). — « Observation d'ectopie testiculaire suivie de sphacèle du testicule par torsion du cordon ». Bulletin de la Société de Chirurgie. Mai 1908, p. 721.

Budde. — Amer. Journal. Urol. 1908. T. IV. p. 707.

Burkard. — Beitr. Zur. Kl. Chirurg. Bd. 40. p. 707.

Cadiot. — Article « Cryptorchidie ». Nouveau dictionnaire pratique du médecin-vétérinaire. 1er supplément.

Camelot. — Journal des Sciences médicales de Lille. 4 Juin 1910.

Cantwell. — American Journal of Surgery. T. XXII, n° 10. Octobre 1909.

Carlier. — Bulletin de la Soc. de Chirurgie. Juillet 1902. p. 803.
Congrès français de Chirurgie 1906. p. 720.

Castelli. — Réforma Médica. 20 novembre 1909.

Chetwood. — Interstate med. Journal. T. XVIII, n° 3. Mars 1911. « Case of Undescended Testicle ».

Coley. W. B. — Annals of Surgery. 1908, p. 326.

Colle J. — Thèse de Lille. 1902.

Coudray. — Société de Méd. de Paris, 13 Mars 1908.
Congrès français de Chirurgie. 1906. p. 732.
Bulletin Médical. 1901. N° 32.

Corner E. — « The Medical Press and Circular. 1908. T. I. p. 474.

Davison Ch. — Société de Chirurgie de Chicago. 9 Décembre 1910. Surgery Gynec. And Obstetrics. T. XII: n° 3. Mars 1911. p. 283-288.

Déjardin. — Archives Provinciales de Chirurgie. 1908. T. XVII. p. 494.

Archives Méd. Belges. 1908. 4e série. T. XXXI. p. 307-330.

Delagenière. — Congrès français de Chirurgie. 1906, p. 725-726.

Delbet Pierre. — Bulletin de la Soc. de Chirurgie. Juillet 1902. p. 772.

Journal des Praticiens. 1910. N° 30, p. 466.

Delbet Paul. — Congrès français de Chirurgie, 1906, p. 745-749.

Delorme. — Bulletin de la Soc. de Chirurgie. Juillet 1902, p. 781.

Depage. — Congrès français de Chirurgie, 1906, p. 708.

Dormes W. — Soc. de Chirurgie de New-York. In Annals of Surgery 1908. T. II. p. 861.

Dowd. — Annals of Surgery 1899, p. 338.

Annals of Surgey 1908, p. 468-469.

Duchesne. —« Traitement de l'ectopie testiculaire ». Thèse de Paris 1889-1890, n° 141.

Duménil. — « Traitement de l'ectopie testiculaire par la greffe intertesticulaire ». Thèse de Paris 1905.

Duplay. — Ectopie testiculaire inguinale. Presse Médicale, 4 Janvier 1899.

Eising. —« A Criticism of Bevan's ligation of toe Cord for Undescended Testicle ». American Journal of Surgery. T. XXV. N° 5. Mai 1911.

Epstein Al. Ch. — Thèse de Berne. 23 Juillet 1910.

Espinasse. — « De la valeur de la funiculopexie et de l'extension élastique dans le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale ». Thèse de Bordeaux 1905-1906, n° 51.

Exalto J. — Nederl. Tijdschr voor Geneesk. 22 août 1908.

Fasano. M. — « Contribution à l'histologie pathologique du testicule en ectopie ». Il Policlino. Tome XVII. Fasc. 2. Février 1910, p. 69 à 85.

Félizet. — Journal d'Anatomie et Physiologie. Septembre 1898. p. 589.

Journal d'Anatomie et Physiologie. Juillet-Août 1902. p. 329.

Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 8 Mars 1893.

Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 24 Avril 1901, p. 434-436.

Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 9 Juillet 1902, p. 777.

Forgue. — Presse médicale, 1906.

Fotiadès. — « Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale ». Thèse de Paris 1900-1901, n° 384.

Franz Torek. — New-York, méd. Journ. 1909. Vol. XC., p. 948-953.

Froehlich. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 726-732.

Gangitano. — « Della ectopia dello Testicolo ». Il Policlino. 1903., p. 607.

Gauran. — « Orchidolyse pour ectopie iliaque rétro pariétale ». Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, t. LIV. n° 12, décembre 1909.

Gersuny. — Wiener med. Wochensch. 1905.

Girard. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 701.

Gérard-Marchant. — Bulletin de la Soc. de Chirurg., 9 avril 1890, p. 284.

Gley. — Physiologie. Edition de 1910, p. 714.

Godard. — Mémoires de la Société de biologie, 8 mars 1856. 2e série. T. III.

Gomoin. — « Considération sur l'ectopie testiculaire et son traitement ». Cercle d'études génito-urinaires. Bucarest, 28 janvier 1911.

Gyselynck. — Société belge de Chirurgie, 29 février 1908.

Hahn. — Centralblat für Chirurgie, 1902.

Hardie. — « Undescended testicle Opération ». Méd. chronicle Manchester. 1888-1889, p. 240.

Harris. — Chicago Surg. Soc. 9 Décembre 1910, in Surgery and Obstetrics. Mars 1911, p. 300.

Hermès. — Congrès de la Soc. Allemande de Chirurgie. 1904.

Imbert. — « Notes sur la cure radicale de l'ectopie testiculaire». Montpellier Médical, 1902.

Jalaguier. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1889, p. 324.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1893, p. 168.
Semaine médicale, 24 Avril 1889, p. 131.
In thèse de Bezançon. (Paris 1891, 1892, n° 231).

Johnson. — Société de Chirurg. de New-York, 15 Octobre 1908.

Katzenstein. — Berliner Klin. Wochensch. 1905.
Deutsche Méd. Wochensch, 1902.

Ketley. — Soc. Méd. de Londres, 1894.
The Lancet, 29 Juillet 1905.

Kirmisson. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris 1898.
Précis de Chirurgie infantile.
Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 17 Avril 1901, p. 428.

Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 2 Juillet 1902, p. 762.
Congrès français de Chirurgie, 1906, p. 699.
In thèse Fotiadès (loco citato).

Kirschner. — Langenbeck's Archiv. Vol. 92, p. 906.

Kopyloff. — Arch. für Klin. Chir. 1906, p. 1049-1063.
Chirourgia, 1908, p. 577-585.

Krauze. — Soc. Méd. de Varsovie, 8 Juillet 1909.

Langard. — Centralblatt für Chirurgie, 1903, n° 8.

Lanz. — Nederl. Tijdschr, voor Geneesk. 1906.
Centralblatt für Chir. 22 Avril 1905.

Lardennois. — Congrès français de Chirurgie, 1906, p. 761.

Lauenstein. — Verhandl des Deutsch. Gesselsch. für Chirurgie. XXXVIII. C. 1909, p. 14-17.

Le Fort. — « Technique opératoire de l'ectopie testiculaire inguinale ou iliaque ».
Archives générales de Chirurgie, T. IV, n° 8, p.841-866.
Archives générales de Chirurgie, T. IV, n° 9, p. 1005-1022.

Legueu. — Revue générale de Clinique et Thérapeutique, 1909, n° 43.

Le Joly-Senoville. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Thèse de Paris. 1881.

Leuthreau. — « Du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant ». Thèse de Paris, 1905-1906, n° 155.

Lewis D. — Chicago. Surg. Sociéty, 9 Décembre 1910. In Surgey Gynéc. And Obstetrics. Mars 1911, p. 299-300.

Lilienthal H. — New-York Surgical Sociéty, 12 Octobre 1910. In Annals of Surgery. T. II, 1910, p. 861.

Lucas. — Bulletin de la Société Anatomo-Clinique de Lille. T. XXXV, n° 2. 13 Janvier 1912, p. 39-40.

Lucas-Championnière. — Bulletin de la Société de Chirurgie. 1887. p. 658-661.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1889, p. 311.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1900, p. 693.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1902, p. 756.

Maldès. — « Du choix d'un procédé dans la cure radicale de l'ectopie testiculaire inguinale ». Thèse de Montpellier 1906-1907, n° 76.

Marchand. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1890, p. 285.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1892, p. 848.

Mauclaire. — « Traitement de l'ectopie testiculaire ». Annales des maladies des organes génito-urinaires. Septembre 1902.

Mazeyrie. — « Traitement de l'ectopie testiculaire mobile ». Thèse de Paris, 1899-1900, n° 225.

Menocal. — « Ectopia testicular doble, Sinorquidea artifical (operacion de Mauclaire) ». — Revista de medicina y Cirugia de la Habana. T. IV, n° 4, 25 février 1910.

Mignon. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1900, p. 803.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1902, p. 752-756.

Monod. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1890. p 284.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 1892, p. 847.

Monod et Terrillon. — « Traitement des maladies des testicules ». 1889,
« De la castration dans l'ectopie inguinale ». Arch. gén. de Médecine. 1880. CXLV.

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire. T. II. 1re édition 1902, p. 735.

Montsarrat. — « Undescended testicle » in Children Liverpool Chirurg. Journ. Mars 1902.

Morris. — Soc. de Chirurgie de New-York, 12 Octobre 1910. In Annals of Surgery 1910. T. II, p. 860.

Moschcowitz. — Soc. de chirurgie de New-York, 12 Octobre 1910. In Annals of Surgery 1910. T. II, p. 821-835.

Mosselmann et Rubay. — Archives générales belges de médecine vétérinaire, 1902.

Moty. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1902, p. 780.

Muller. — « Etude d'un cas d'ectopie testiculaire ». Lyon Chirurgical. T. II, n° 4. Septembre 1909, p. 459.

Nathansohn. — Inaugur. Dissert. Berlin. Juillet 1908.

Nel. — « Ectopie testiculaire abdominale par ascension ». Thèse de Paris 1904-1905, n° 8.

Nelaton et Ombredanne. — « Du passage transpubien du cordon dans la cure radicale des hernies inguinales et l'orchidopexie ». Presse médicale 1907, n° 62, p. 50.

Nicoladoni. — Wiener Med. Presse 1825.

Noferi. — « Contribution au traitement de l'ectopie inguinale du testicule ». Académie royale de Physiocritiques de Sienne, 25 février 1911.

Nové Josserand. — « Ectopie testiculaire double ». Lyon médical 1900.

Ochsner. — Chicago Surg. Soc. 9 Décembre 1910, in Surgery. Gynec. and Obstetrics. Mars 1911, p. 300.

Odiorne et Simmous. — Annals of Surgery 1904.

Ombredanne. — « Indications et technique de l'orchidopexie transcrotale chez l'enfant ». Presse médicale, 8 Octobre 1910, p. 745.

Paris. — « Sur l'orchidopexie transcrotale ». Thèse de Paris 1911-1912, n° 189.

Pelletier. — « Sur les ectopies testiculaires et leur traitement chirurgical ». Thèse de Bordeaux, 1893.

Pélicier. — « Transposition opératoire du testicule ». Méthode et procédés de Longuet. Thèse de Paris 1901-1902, n° 517.

Peraire. — Société des Chirurgiens de Paris, 4 Novembre 1910.

Perrot. — « Contribution à l'étude du traitement de l'ectopie testiculaire chez l'enfant ». Thèse de Montpellier 1908-1909, n° 21.

Peterson. — Acad. de Méd. de New-York, 6 janvier 1911, in médical Record, 1er Avril 1911.

Peyrot. — Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 24 Avril 1901.

Pozzi. — Bulletin de la Société de Chirurgie. Juillet 1887.

Princeteau et Guénard. — Société anatomo-clinique de Bordeaux, 23 Janvier 1911, in Journal de Médecine de Bordeaux, 2 Avril 1911.

Pron. — Revue générale de Clinique et de Thérapeutique 1909, XXIII, p. 728.

Quenu. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1902, p. 774.

Rawling. — « Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire ». The Practitioner 1908, T. II, p. 250-257:

Laurent de Raymond. — Thèse de Montpellier 1905.

Reclus. — Traité de Chirurgie Duplay Reclus T. VII, 2e édition, p. 1109. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1890, p. 283.

Reynier. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1901, p. 430.

Richelot. — Union médicale, 22 Avril 1888.
Bulletin de la Société de Chirurgie 1890, p. 274-282.

Riedel. — XXVIIe Congrès de la Soc. Allemande de Chirurgie, in Archiv. für Klin. Chirurg. 1903.

Robineau. — « Ectopie inguinale du testicule ». La Clinique 1909, n° 35, p. 548.

Rocher. — Société Anatomique et Physiologique de Bordeaux, 15 Janvier 1906.

Routier. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1889, p. 324.
» » » » 1901, p. 430.
» » » » 1902, p. 764.

Schüller. — Centralblatt für Chirurgie, 1881.
Annals of Anat. and Surg. 1881, vol. IV, n° 3.

Sebileau. — « De l'orchidopexie ». Gazette médicale de Paris, 1897, p. 37-39.
Traité de Chirurgie « Le Dentu-Delbet ». T. X, p. 58 (édition 1901).
Bulletin de la Société de Chirurgie, 2 Juillet 1902, p. 759.

Segond. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 17 Avril 1889, p. 324.

Spitzy. — Verhandl des deutsch. Gesellsch für Chirurg. XXXVIII^e C., 14-17 1909.

Souligoux. — Congrès français de Chirurgie, 1906, p. 641-655.

Stankiewic. — Société médicale de Varsovie, 10 Juin 1910, in Pizeglad Chir. i. Gynek. 1911, n° 1.

Starr. — « Opération pour testicule non descendu ». Annals of Surgery 1908, p. 351-354.

Tailhefer. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 753-759.

Tavel. — 16^e Congrès international de Médecine. Budapest, fas I. Chirurgie p. 182, 1909.

Terrillon. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 4 Janvier 1893.

Tillaux. — Bulletin de la Société de Thérapeutique, Mars 1871.

Tomacheuski. — Rouss. Khirurg. arkh. XX. 3-4, 1904.

Tuffier. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 6 Juin 1888.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 28 Décembre 1892, p. 850.
Bulletin de la Société de Chirurgie, 8 Mars 1893.
Gazette des Hôpitaux, 29 Mars 1890, n° 38, p. 349.

Uffreduzzi. — « Contribution expérimentale à l'étude de l'ectopie testiculaire ».
Académie royale de Médecine de Turin, 28 janvier 1910.

Van der Horn. — « Ectopie testiculaire transversale ». Société Hollandaise de Chirurgie, 6 Mars 1909.

Vanverts. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 737.

Vidal. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 739-745.

Vielle. — « Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale par l'orchidopexie. Thèse de Bordeaux 1910.

Villa y Sanz. — « Opéracion del testiculo ectopio por el procedimiento de Ombrédanne ». El Siglo Medico, t. LVIII, n° 3.000, 10 Juin 1911.

Villard. — Congrès français de Chirurgie, 1906, p. 578.

Villemin. — Annales de Médecine et de Chirurgie Infantile, 1909, n° 1.

Revue internationale de Médecine et de Chirurgie, 1909, n° 1 et 2.

Bulletin de la Société de Pediatrie, 1899.

Von Winiwarter. — Handbuch der Urologie, 1903.

Walker. — New-York. Surg. Soc. 12 Octobre 1910. In Annals of Surgery 1910. T. II, p. 861. — 1908, p. 468-469.

Walther. — Bulletin de la Société de Pédiatrie. Février-Mars 1899.

Bulletin de la Société de Chirurgie 1901, p. 852.

Bulletin de la Société de Chirurgie 1903, p. 324-359.

Bulletin de la Société de Chirurgie 1904, p. 318.

Congrès français de Chirurgie 1906, p. 759.

Académie de Médecine, 23 Janvier 1912 : « Sur un procédé d'orchidopexie ». Rapport de M. Monod. Séance du 12 Mars 1912. Bulletin de l'Académie de Médecine, p. 197.

Watson Cheyne. — Britisch Med. Jour. 15 Février 1890, p. 89, p. 351.

Wheeler. — American Journ. Urol. 1908.

Witaker Allen. — « Sur un cas d'ectopie inguinale opéré par la méthode de Bevan ». American Journal of Surgery. T. XXV, n° 5. Mai 1911.

White. — Chicago Surg. Soc. 9 Décembre 1910. In Surgery Gynéc. And Obstetrics. Mars 1911.

Willems. — Congrès français de Chirurgie 1906, p. 709.

William. — « Fixation intrascrotale d'un testicule en ectopie abdominale suivie de nécrose ». Société de Chirurgie de New-York. 22 Avril 1908.

Witzel. — Münch med. Wochens. 1905, n° 26.

Wood. — Brit. med. Journ. 20 Juin 1885. p. 1237.

Ziebert. — Inaugural Dissertation. Heidelberg. 1897.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 15

CHAPITRE I. — Quelques considérations sur le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Valeur du testicule ectopié. A quel âge doit avoir lieu l'intervention 17

CHAPITRE II. — De quelques procédés d'orchidopexie 23

CHAPITRE III. — Cure radicale de l'ectopie testiculaire inguinale sans orchidopexie 33

CHAPITRE IV. — Ce que l'on peut reprocher à l'orchidopexie 43

CHAPITRE V. — Résultats de la cure radicale sans orchidopexie 47

OBSERVATIONS DÉTAILLÉES 51

TABLEAU GÉNÉRAL DES OBSERVATIONS 71

CONCLUSIONS 85

BIBLIOGRAPHIE 87

Vu :

LE PRÉSIDENT :

Paul SEGOND.

Vu :

LE DOYEN :

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

L. LIARD.

CAMBRAI. — IMPRIMERIE LOUIS D'HALLUIN, RUE DE NOYON, 9 ET 11.